



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

LEILIANNE MARIA COSTA FREITAS

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA MÃES NO
CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO**

FORTALEZA-CEARÁ

2016

LEILIANNE MARIA COSTA FREITAS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA MÃES NO
CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título 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

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Freitas , Leilianne Maria Costa.

Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido [recurso eletrônico] / Leilianne Maria Costa Freitas . - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 131 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, 2016.

Área de concentração: Saúde da criança e do adolescente..

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

1. Tecnologia educativa. 2. Saúde da família. 3. Visita domiciliar. 4. Recém-nascido. 5. Enfermagem.
I. Título.

LEILIANNE MARIA COSTA FREITAS

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA MÃES NO
CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM-NASCIDO

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da
Criança e do Adolescente do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade
Estadual do Ceará, como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em Saúde
da Criança e do Adolescente.

Data de aprovação: 09/11/2016

BANCA EXAMINADORA

Edna Maria Camelo Chaves

Profa. Dra. Edna Maria Camelo Chaves (Orientadora)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Regina Cláudia Melo Dodt

Profa. Dra. Regina Cláudia Melo Dodt

Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO/UFC

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Profa. Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Universidade Estadual do Ceará – UECE/UNICHRISTUS

Ilvana Gomes Lima Verde

Profa. Dra. Ilvana Gomes Lima Verde (Suplente)

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos bebês que tanto necessitam de
nossos cuidados, nos enchem de alegria
e amor. A vocês dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Essa conquista é parte da contribuição de várias pessoas, que compartilharam desta caminhada e que de alguma forma ajudaram para que eu chegasse até aqui, em especial:

A Deus, por sua misericórdia, e força em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais Olavo e Vilma por todos os valores e princípios que me ensinaram a agir com integridade e fé!

Aos meus filhos, Nathália, Victor e Geórgia por fazerem parte da minha história, pelo amor incondicional.

Aos meus irmãos que souberam compreender minhas ausências, em especial à minha irmã Teresa Cristina que soube tão bem me apoiar e incentivar.

À minha querida orientadora Dr.^a Edna Camelo, pela sabedoria, pela compreensão e apoio em todas as situações, pelo incentivo, por ser esse exemplo de orientadora e pesquisadora. Tenho-lhe grande admiração e carinho!

Às integrantes da banca examinadora, Prof.^a Dr.^a Mardênia Gomes, Prof.^a Dr.^a Regina Dodt e Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde por suas valiosas considerações para o aprimoramento desta pesquisa. Muito obrigada!

A todos os juízes que ajudaram na validação desta cartilha, por suas sugestões primorosas que muito contribuiu para este estudo. Minha gratidão!

Ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente que me proporcionou a concretização desse sonho. Aos professores pelo crescimento profissional. Às secretárias Iara Negreiros e Mary Anne pela atenção dispensada. Obrigada pelo apoio!

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

Às amigas Josianne, Márcia e Roselene pela valiosa troca de experiências, incentivo, apoio e contribuição na realização deste estudo.

Ao designer gráfico David pela arte dos desenhos, por sua paciência e compreensão das idas e vindas do material. Obrigada por tudo!

Ao designer Gil, responsável pela diagramação e finalização da cartilha. Muito obrigada!

Aos colegas de trabalho que souberam compreender minhas ausências ao longo desses dois anos. Obrigada!

Às mães do estudo que tanto contribuíram com suas respostas. Obrigada.

A todas as pessoas que estiveram presentes durante as fases desse estudo, mesmo que de modo sucinto, deixaram no caminho motivação e me ajudaram a vencer.

Obrigada a todos!

“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito. Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser. Mas, graças a Deus, não somos o que éramos”

(Martin Luther King)

RESUMO

As orientações fornecidas à gestante durante o pré-natal são fundamentais para prepará-la para os cuidados necessários ao recém-nascido. O estudo teve como objetivo construir e validar uma cartilha para promoção do cuidado materno ao recém-nascido no ambiente domiciliar. Trata-se de um estudo com métodos mistos, sendo a primeira etapa do estudo foi quantitativa, descritivo e a segunda etapa foi do tipo metodológico. A amostra foi composta por 32 puérperas, cadastradas nas unidades básicas de saúde, do município de Quixeré-CE. Dados coletados por meio de formulário com perguntas abertas e fechadas, no período de janeiro a setembro de 2016. Foi elaborada uma cartilha, com a finalidade de fornecer orientações às mães sobre cuidados domiciliares ao recém-nascido. A validação da cartilha foi realizada por juízes especialistas e *designer e marketing*. Dados apresentados em tabelas e quadros com estatística descritiva. Realizados o cálculo do IVC na validação de conteúdo e SAM na validação de aparência. A faixa etária das puérperas foi de 20 a 35 anos, no total de 26. A maioria vive com seus companheiros. A escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo com 13. A ocupação mais citada foi a do lar, 19. As dificuldades mais citadas foram o banho do bebê no total de 24, a higienização do coto umbilical no total de 21 e o aleitamento materno citado por 10 participantes. Os nove juízes iniciaram a validação avaliando os objetivos da cartilha, conteúdo, estrutura e apresentação e relevância. O IVC global foi de 0,99 ratificando a validação de conteúdo junto aos especialistas. Os três profissionais de design e marketing consideraram a cartilha bem elaborada com percentual de 94,87%. Os juízes fizeram uma avaliação positiva do material analisado. Considera-se que a criação de uma tecnologia para o cuidado com base nas dificuldades apresentadas pelas puérperas, resultou na elaboração da cartilha com o intuito de favorecer as mães, orientações e esclarecimentos importantes sobre as atividades realizadas com o bebê.

Palavras-chave: Tecnologia educativa. Saúde da família. Visita domiciliar. Recém-nascido. Enfermagem.

ABSTRACT

The guidance provided to pregnant women during prenatal care are essential to prepare for the necessary care to the newborn. The study aimed to construct and validate a primer to promote maternal care to newborns in the home environment. It is a study of mixed methods, the first stage of the study was quantitative, descriptive and the second stage was the methodological type. The sample consisted of 32 mothers were enrolled in basic health units in the municipality of Quixeré-CE. Data collected through form with open and closed questions, from January to September 2016 an educational technology was developed, primer, in order to provide guidance to mothers on home care to the newborn. The validation of the primer was carried out by expert judges and designer and marketing. Data presented in tables and charts with descriptive statistics. Performed the calculation of CVI validation of content and SAM in appearance validation. The age of mothers in the postpartum period was 20 to 35 years, a total of 26. Most live with their companions. The most frequent schooling was complete high school with 13. The most frequently cited occupation was the home of 19. The most cited difficulties were bathing the baby a total of 24, the cleaning of the umbilical stump total of 21 and breastfeeding cited by 10 participants. The nine judges began validation evaluating the primer of the objectives, content, structure and presentation and relevance. Global IVC was 0.99 ratifying the content validation with the experts. The three design and marketing professionals considered the playbook well prepared with a percentage of 94.87%. The judges made a positive evaluation of the material analyzed. It is considered that the creation of a technology for care based on the difficulties faced by mothers, resulted in the preparation of the booklet in order to favor mothers, important guidance and clarification on the activities carried out with the baby.

Key-words: Educational Technology. Family Health. Home visit. Newborn. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Critérios de seleção para experts da validade de conteúdo da cartilha.....	48
Quadro 2 -	Distribuição das avaliações dos juízes quanto aos objetivos da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.....	71
Quadro 3 -	Distribuição das avaliações dos juízes quanto ao conteúdo da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.....	72
Quadro 4 -	Distribuição das avaliações dos juízes quanto à estrutura e apresentação da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.....	73
Quadro 5 -	Distribuição das avaliações dos juízes quanto à relevância da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.....	74
Quadro 6 -	Caracterização dos Juízes técnicos da validação de aparência da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.....	75
Quadro 7 -	Avaliação dos juízes de design e marketing quanto à adequabilidade da cartilha educativa sobre cuidados ao recém-nascido na visita domiciliar, Fortaleza-CE, 2016.....	76
Quadro 8 -	Apresentação das modificações sugeridas pelos especialistas, para construção da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.....	77
Quadro 9 -	Percepção dos juízes sobre a tecnologia produzida, Fortaleza-CE, 2016.....	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa do Ceará (A) e Vale do Jaguaribe (B)	38
Figura 2 -	Fases de pesquisa.....	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães participantes do estudo, Quixeré-CE, 2016.	53
Tabela 2 -	Descrição das condições clínico obstétricas das mães, Quixeré-CE, 2016.....	56
Tabela 3 -	Descrição das características dos recém-nascidos, Quixeré-CE, 2016.....	61
Tabela 4 -	Descrição das orientações fornecidas a mulher no pré-natal e puerpério, Quixeré-CE, 2016.....	63
Tabela 5 -	Descrição das dificuldades apresentadas pelas mães ao chegar em domicílio, Quixeré-CE, 2016.....	65
Tabela 6 -	Descrição das sugestões apresentadas pelas mães para a confecção da cartilha, Quixeré-CE, 2016.....	66
Tabela 7 -	Características dos especialistas participantes, Fortaleza-CE, 2016.....	69
Tabela 8 -	Descrição da formação dos juízes participantes, Fortaleza-CE, 2016.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIG	Adequado para a Idade Gestacional
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CE	Ceará
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
GIG	Grande para a Idade Gestacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ITU	Infecção do Trato Urinário
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LFS	Letramento Funcional em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo de Assistência à Saúde da Mulher
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PSF	Programa Saúde da Família
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
RN	Recém-nascido
SAM	<i>Suitability Assessment of Materials</i>
SIS PRÉ-NATAL	Sistema Pré-Natal

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	GERAL.....	21
2.2	ESPECÍFICOS.....	21
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1	O RECÉM-NASCIDO.....	22
3.2	A VISITA DOMICILIAR.....	23
3.3	O CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO: FUNDAMENTAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DA CARTILHA	27
3.3.1	Cuidados com a amamentação.....	28
3.3.2	Prevenção do engasgo.....	29
3.3.3	Cuidados com a higiene corporal: banho.....	30
3.3.4	Cuidados com a higiene do coto umbilical.....	30
3.3.5	Cuidados com as cólicas.....	31
3.3.6	Cuidados com o soluço.....	31
3.3.7	Cuidados com o choro.....	31
3.3.8	Cuidados com o sono e posição para dormir.....	31
3.3.9	Cuidados para prevenção de quedas.....	32
3.3.10	Cuidados com a troca de fraldas.....	32
3.3.11	Cuidados gerais.....	33
3.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	33
3.5	TECNOLOGIA EDUCATIVA NA SAÚDE.....	34
4	METODOLOGIA.....	36
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	36
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	36
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
4.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	39
4.5	PERÍODO E FASES DO ESTUDO.....	40
4.5.1	Fase 1: Etapas para construção da tecnologia educativa - Cartilha	41
4.5.2	Fase 2: Validação da tecnologia educativa (cartilha) por juízes/ especialistas e juízes de design e marketing.....	45

4.5.3	Fase 3: Disponibilização da cartilha.....	51
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	51
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	51
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
7	RECOMENDAÇÕES.....	84
	REFERÊNCIAS.....	85
	APÊNDICES.....	94
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	95
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MÃES)	97
	APÊNDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO.....	99
	APÊNDICE D – CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES	101
	APÊNDICE E – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES.....	102
	APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (JUÍZES)	103
	APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA PELOS JUÍZES.....	104
	APÊNDICE H – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA (JUÍZES DE DESIGN E MARKETING)	106
	APÊNDICE I – CARTA DE ANUÊNCIA.....	108
	APÊNDICE J – VERSÃO INICIAL DA CARTILHA “ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NA VISITA DOMICILIAR”.....	109
	APÊNDICE L – VERSÃO FINAL DA CARTILHA “ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO NA VISITA DOMICILIAR”.....	110
	ANEXO.....	123
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	124

1 INTRODUÇÃO

A gravidez constitui um período de muitas expectativas, não só para as gestantes, mas para toda família que se prepara para receber um novo membro. O nascimento de um filho é um momento importante para muitos pais, que sonham e desejam esse momento. Embora seja repleto de felicidade, ocorrem incertezas, gerando ansiedade e medo, especialmente se for o primeiro filho ou se tiverem ocorrido problemas durante a gestação atual ou anteriores.

A assistência pré-natal qualificada e humanizada dos serviços de saúde garante à gestante e à família, um atendimento de qualidade, estabelecendo um vínculo entre a mulher e o profissional, favorecendo a adesão ao serviço de atenção ao pré-natal de forma acolhedora.

O enfermeiro na sua prática clínica dispõe da Taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA I) como instrumento a ser utilizado durante a consulta de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem são problemas potenciais identificados durante o exame físico. Dentre esses, destacamos o medo e ansiedade, que são frequentes nas puérperas nos serviços de saúde (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

De acordo com a NANDA I, ansiedade é definida como vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo eminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça. O medo é resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo e conhecimento deficiente como ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

. Nesse sentido, o enfermeiro pode intervir com orientações que proporcionem às mães conhecimentos adequados para os cuidados domiciliares do recém-nascido.

Durante o pré-natal as mães são orientadas quanto às intercorrências de uma gestação, rotinas de consultas, vacinas, exames, alimentação adequada, práticas precoces de aleitamento materno, entre outras. Outro ponto importante diz respeito às intervenções praticadas dentro da sala de parto durante o atendimento

do recém-nascido à termo afetando a execução do quarto passo do aleitamento materno, que é colocar o bebê no peito nos primeiros trinta minutos (MOREIRA, *et al.*, 2014).

Mesmo com orientações recebidas ao longo da gravidez e puerpério imediato, ainda surgem dúvidas quanto ao cuidado quando o bebê chega ao ambiente domiciliar, aonde vão ser colocadas em práticas todas as informações recebidas. Durante a visita domiciliar, percebe-se muitas vezes que a mãe não se encontra tão segura para realizar o cuidado com o seu filho.

Isso faz com que a mãe e a família se tornem vulneráveis ao ter que prestar cuidados para criança nos primeiros dias de vida. Na visita domiciliar a equipe multiprofissional deve promover ações de cuidado que atendam tanto as necessidades das mães como dos recém-nascidos (SASSÁ *et al.*, 2011).

As mães podem se sentir menos ansiosas e mais protegidas para cuidar do recém-nascido, com o apoio dos profissionais de saúde que lhe transmite confiança e orientações adequadas de forma que se sintam seguras e motivadas no desempenho das atividades de cuidado.

A equipe de enfermagem exerce papel importante na assistência mãe e filho, prestando cuidados de forma direta e contínua. O enfermeiro é o profissional que se destaca na continuidade do cuidado prestado em domicílio ao recém-nascido (RN), tendo mais oportunidade para assisti-lo, uma vez que tem mais contato com as mães. Ele coloca-se em posição privilegiada, ao perceber as necessidades maternas, promovendo a autoconfiança das mães, encorajando-as a ter contato com o filho e a cuidar dele, fortalecendo o vínculo e favorecendo o bem-estar para mãe e filho (CARMONA *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) em sua Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 redefiniu a atenção domiciliar como uma nova modalidade de atenção à saúde caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (BRASIL, 2013).

A saúde do recém-nascido (RN) tem fundamental importância na redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, 16/1.000. No período neonatal, momento de maior vulnerabilidade na vida, os riscos são maiores, havendo necessidade de cuidados e medidas adequadas ao recém-nascido (BRASIL, 2011).

Estudos mostram que a mãe recebe as primeiras orientações de cuidados pelo enfermeiro. Muitas vezes estas orientações são feitas rapidamente, tornando insuficiente para que a mãe compreenda e possa prestar estes cuidados ao seu filho em domicílio. Para que haja uma continuidade do cuidado com mais qualidade e eficiência, faz-se necessário que o profissional amplie as estratégias de educação em saúde na sua rotina de trabalho, visando um melhor conhecimento (NIETSCHE *et al.*, 2012; GAIVA, SIQUEIRA, 2011).

A enfermagem apresenta uma linguagem comum empregada para descrever e codificar seu conhecimento. Enfermeiros tratam respostas humanas a problemas de saúde e ou processos de vida utilizando uma taxonomia de diagnóstico de enfermagem da NANDA Internacional (HERDMAN; KAMITSURU, 2015). Na estratégia saúde da família a visita puerperal propicia a identificação de problemas clínicos que podem acometer tanto a mãe quanto o recém-nascido.

Enquanto enfermeira da estratégia saúde da família percebe pela fala das mães na visita domiciliar, que as orientações para o cuidado no domicílio do seu filho, tem sido feita muitas vezes apenas na maternidade por ocasião da alta hospitalar. Este momento para a mãe é cercado de muita ansiedade, o que dificulta a compreensão das informações recebidas.

Portanto, para melhor atender às necessidades dos pais, os profissionais podem utilizar as tecnologias educacionais em saúde: cartilhas, jogos, vídeos, folder, álbum seriado, guias e outros. A cartilha pode ser utilizada como uma tecnologia para mediar as práticas de saúde, apoiando a comunicação verbal entre o profissional e o cliente. Segundo Áfio *et al.*, (2014), a cartilha é um material educativo que possibilita ao paciente uma melhor compreensão sobre seu problema, ajudando-o a desenvolver a capacidade de autonomia nos cuidados. Ressalta-se a importância de o enfermeiro capacitar-se para avaliar questões subjetivas e propor novas intervenções (CARMONA *et al.*, 2012).

O interesse em desenvolver este estudo se deve ao fato de ser enfermeira de uma unidade básica de saúde em um município de Quixeré-Ce. Tenho percebido que as mães recebem muitas informações durante o pré-natal, no entanto, ainda apresentam dúvidas em relação aos cuidados com o seu filho nas primeiras semanas de vida. Após realização de busca nas bases eletrônicas e portais da saúde, encontramos um número reduzido de tecnologia educativa, no entanto não encontramos um material que fosse conciso para os profissionais

utilizarem durante a consulta de enfermagem nas unidades básicas de saúde e também na visita domiciliar, realizada na primeira semana do puerpério.

A visita domiciliar faz parte das atividades desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. O Ministério da Saúde recomenda que sejam abordados os cuidados com a higienização do coto umbilical, amamentação exclusiva, vacinação e o retorno para a puericultura. Esse momento é importante para fazer novos esclarecimentos e retirar dúvidas que possam surgir em relação aos cuidados prestados ao bebê.

Acredita-se na relevância deste estudo, pois uma tecnologia que possa promover uma melhoria do conhecimento das mães, com informações sobre orientações de cuidados ao recém-nascido, é uma ferramenta educacional, que favorece o esclarecimento das dúvidas que possam surgir. As mães quando bem orientadas poderão cuidar melhor dos seus filhos. A elaboração de uma cartilha com informações para as puérperas pode contribuir para que esta cuide do filho com mais segurança, além na minimização da ansiedade e medo, vivenciados pelas mães e família com a chegada do recém-nascido ao domicílio.

Diante do contexto, indaga-se: Quais as dificuldades enfrentadas pelas mães com os cuidados domiciliares do recém-nascido nas primeiras semanas de vida?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Construir uma tecnologia educativa tipo cartilha para promoção do cuidado materno ao recém-nascido no ambiente domiciliar e sua validação.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar dificuldades e facilidades apresentadas pelas mães sobre os cuidados domiciliares prestados ao recém-nascido na primeira semana de vida.

Realizar validação de conteúdo e aparência da cartilha para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O RECÉM-NASCIDO

O nascimento de um recém-nascido é um momento de muita expectativa para os pais e toda família que se prepara para receber um novo membro. É um momento de transição do ciclo de vida da família, e por esta razão é comum o surgimento de dúvidas, inseguranças e questionamentos. Os profissionais de saúde com conhecimentos e habilidades podem oferecer cuidados essenciais ao recém-nascido, bem como reconhecer e lidar com os problemas comuns em recém-nascidos.

Pode-se classificar o recém-nascido como a termo, o que se encontra com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e seis dias (SOUZA, 2013). Neste período os órgãos e sistemas encontram-se mais desenvolvidos, no entanto são necessários cuidados nas primeiras semanas de vida para que não ocorram intercorrências clínicas.

A assistência ao recém-nascido a termo requer cuidados tanto por parte das mães quanto por profissionais. A vigilância à saúde do recém-nascido começa antes do nascimento, com assistência qualificada, humanizada e integralizada da assistência ao pré-natal. Ao longo das consultas, as futuras mães recebem as primeiras orientações quanto aos cuidados com seus filhos, uma vez que são elas as principais cuidadoras.

O Ministério da Saúde priorizou ações básicas programáticas que promovem o crescimento, o desenvolvimento, e as que previnem e reintegra a criança no seu melhor desempenho de crescimento. É de competência da equipe que atende a criança, orientar sobre cuidados de higiene oral e corporal, cuidados com o coto umbilical, aleitamento materno, sono, cólicas, banho de sol, troca de fraldas, teste do pezinho e imunização (BRASIL, 2012). Com estas ações a família ficará mais segura e habilitada quanto ao atendimento das suas principais necessidades (REGIANI, 2006).

Práticas populares no cuidado ao recém-nascido ainda são percebidas caminhando lado a lado ao conhecimento científico. Mesmo recebendo orientações adequadas durante o pré-natal, puérperas acabam seguindo outros métodos de cuidados que não os recomendados pela equipe de saúde. É importante que o

profissional de saúde tenha conhecimento da existência de tais crenças e superstições, para que possa planejar uma assistência adequada, respeitando a cultura popular, de forma que o profissional possa adequar o cuidado conforme a realidade de cada um (BIANCHINI; KERBER, 2010).

A criança recém-nascida é vulnerável por sua condição de dependência de cuidados da equipe de enfermagem (cuidado profissional) e de seus familiares (cuidado familiar). O cuidado familiar é um conceito em construção, uma proposta do que representa o processo apreendido e construído pela família, a partir da cultura e interações sociais intrafamiliares e extrafamiliares, ao longo do processo de vida da família, nas etapas de vida do ser humano (LEANDRO; CHRISTOFELL, 2011; ELSEN, 2004).

O seguimento da saúde do recém-nascido ocorre nos serviços de atenção primária, tendo início na primeira semana em casa, após a alta hospitalar. A visita domiciliar é uma ferramenta utilizada nas intervenções de enfermagem no cuidado familiar. Valorizar o cuidado com o recém-nascido no contexto da família e da comunidade torna-se importante visando à qualidade de vida da criança, possibilitando que cresça e desenvolva de forma satisfatória (LEANDRO; CHRISTOFELL, 2011).

Para a determinação da idade gestacional existem escalas que permitem classificar o RN em: pré-termo (idade gestacional inferior a 37semanas); a termo (idade gestacional entre 37 e 41 semanas e 6 dias) e pós termo (idade gestacional igual ou maior que 42 semanas). Outra forma de classificação é quando associamos o peso à idade gestacional, o RN é classificado segundo o seu crescimento intrauterino em: RN Grande para a Idade Gestacional (GIG), peso acima do percentil 90, RN Adequado para a Idade Gestacional (AIG) peso entre o percentil 10 e 90, RN Pequeno para a Idade Gestacional (PIG), peso abaixo do percentil 10 (SOUZA, 2013; MARGOTTO, 2001).

3.2 A VISITA DOMICILIAR

A saúde pública no Brasil vem passando por transformações na reorganização dos serviços de saúde. Em 1994, com o objetivo de reorientar os serviços de saúde, viabilizar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e operacionalizar a atenção primária em saúde, foi implantada uma estratégia: o

Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominada de Estratégia Saúde da Família (ESF). Composta por uma equipe multiprofissional, um médico, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), o trabalho em equipe tem como foco principal a promoção da saúde e à prevenção de agravos (MACHADO; SILVA, 2007).

O Ministério da Saúde na portaria Nº 2.488 de 21.10.11, instituiu a visita domiciliar uma estratégia saúde da família. A visita domiciliar faz parte de um processo de atenção continuada e multidisciplinar, onde se realizam práticas sanitárias, assistenciais e sociais (BRASIL, 2011).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a visita domiciliar (VD) é um instrumento importante para a prestação da assistência em domicílio, proporcionando ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde, e o fortalecimento do vínculo e humanização no cuidado às famílias (CRUZ, 2010).

A visita domiciliar é um instrumento para a promoção da saúde, que favorece um conhecimento da situação da família, e de cada um de seus integrantes, em que se intensificam as relações de confiança, respeito e de reconhecimento entre a família e a equipe de saúde (BORGES *et al.*, 2013).

A atenção ao neonato na unidade do ESF é realizada por profissionais de saúde, com ações voltadas à promoção à saúde, a prevenção de agravos e a vigilância em saúde, através da educação em saúde. As ações educativas em saúde voltadas para o autocuidado estimulando as mães a se envolverem e a aprenderem a cuidar da saúde dos seus filhos (DIAS; GAIVA, 2010).

A VD traz benefícios trazidos pela aproximação com o meio ambiente do grupo familiar, tornando o planejamento das ações de saúde uma dinâmica coletiva, estreita o relacionamento com a equipe de saúde, possibilitando maior liberdade para conversar sobre problemas (ABRAHÃO, 2011). Na ESF, a visita domiciliar propõe organização das práticas de saúde voltadas para atenção à família, elegendo o espaço social por ela ocupado como foco das ações desenvolvidas pela equipe de saúde (ABRAHÃO, 2011).

A visita domiciliar merece ser considerada como uma ferramenta importante, capaz de colaborar para as práticas de saúde promovendo a qualidade de vida, focando na promoção, prevenção e reabilitação, promovendo melhorias das condições de saúde da população assistida.

Além disso, a VD fortalece os pilares da humanização no atendimento, estabelecendo um vínculo sólido entre o binômio paciente/família e o serviço de saúde, condição essencial para a qualidade no padrão de atendimento e a garantia de boa qualidade de vida ao cliente (SOSSAI, 2010).

O cuidado mais humanizado permite a construção de vínculo. Para tanto, é preciso o saber ouvir, para que se possa estabelecer ligação de confiança entre profissional e usuário, pois esta prática é desenvolvida no espaço domiciliar. Desta forma, a visita permite conhecer a realidade, beneficia a troca de informações dos familiares e assim auxilia a construção de projeto de intervenção mais próximo das famílias.

A VD tem sido considerada um instrumento fundamental para a prática de assistência à saúde por parte dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família: enfermeiro, médico, técnico em enfermagem, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. Dentre estes trabalhadores, os agentes comunitários de saúde são os que realizam a VD com maior frequência. Na prática desses serviços, percebe-se que o planejamento das ações desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família, ou no domicílio, fica sob a responsabilidade do profissional enfermeiro (SANTOS; MORAIS, 2011).

No que se refere aos instrumentos de abordagem e intervenção na família, apesar de alguns serem adotados no dia-a-dia do trabalho da ESF, entre estes a visita domiciliar, a prática mostra que estes ainda não são utilizados por todos os profissionais das equipes de Saúde da Família. (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011).

A visita domiciliária do enfermeiro na atenção primária como estratégia de cuidado durante o puerpério, é uma prática que possibilita um cuidado mais próximo e individualizado, para se conhecer a realidade e ao mesmo tempo transferir autoconfiança à mulher, respondendo suas dúvidas e assim potencializando seu desempenho como mãe. Neste sentido, a prática da visita domiciliar permite a construção de vínculos, afinal, proporciona um ambiente proveitoso para um atendimento mais humanizado, que vai além das orientações, com a finalidade de realizar a promoção da saúde e a qualidade de vida dos familiares (BERNARDI; CARRARO; SEBOLD, 2011).

A VD enquanto ferramenta de assistência à saúde pode orientar, educar, reabilitar e fornecer elementos para que as famílias atendidas tenham condições de se tornarem independentes e corresponsáveis no cuidado à saúde. Para que isso

efetivamente ocorra, é necessário que exista um processo de interação e comunicação horizontal entre os profissionais de saúde e as famílias, em que os sujeitos interajam da mesma maneira e intensidade, e que as representações das mesmas acerca do processo saúde-doença sejam consideradas no planejamento, organização, execução e avaliação das ações promotoras de saúde (CRUZ, 2010).

A visita domiciliar deve ser realizada junto ao indivíduo, à família e à comunidade, com ações voltadas ao atendimento tanto educativo quanto assistencial. Segundo a proposta da ESF, a visita domiciliar deve se articular com vista não só à prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças, mas também à promoção da saúde (GAÍVA; SIQUEIRA, 2011)

Dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Brasil mostram que no ano de 2012 ocorreram na Região Nordeste 12.506 óbitos infantis por causas evitáveis em crianças de 0 a 4anos de idade, sendo que 2.565 poderiam ser reduzíveis por cuidado adequado ao recém-nascido (BRASIL, 2015).

Com o intuito de assistir à mulher no ciclo grávido puerperal surge a Rede Cegonha, regulamentada pela portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo definida em seu artigo 1º como uma rede de cuidados humanizados que propõe garantir direitos da mulher durante a gravidez, partos e puerpério, bem como possibilitar à criança condições saudáveis de desenvolvimento.

A Rede Cegonha está estruturada em quatro componentes: I – O Pré-Natal; II – O parto e nascimento; III – O puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, e; IV – O Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. As ações a serem desenvolvidas para assistência integral da saúde são estabelecidas em cada componente (BRASIL, 2011).

Neste aspecto, a Rede Cegonha recomenda a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), como uma estratégia em saúde, em que são realizadas atividades relacionadas à atenção a saúde das puérperas e dos recém-nascidos. Segundo o Ministério da Saúde (2012), essas ações têm contribuído para reduzir a mortalidade infantil.

A Estratégia Saúde da Família atua na assistência domiciliar prosseguindo os cuidados à puérpera e ao recém-nascido através da visita domiciliar, na primeira semana após o parto, com avaliação global e de risco da criança dando apoio ao aleitamento materno.

3.3 O CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO: FUNDAMENTAÇÃO PARA CONSTRUÇÃO DA CARTILHA

Nos primeiros dias após o nascimento do recém-nascido, a mãe vivencia uma mistura de sentimentos, que vão da euforia ao medo e insegurança nos cuidados que devem ser prestados a ele. Neste período a puérpera requer atenção especial, uma assistência qualificada e humanizada por parte dos profissionais de saúde. O cuidado da equipe de saúde surge como base reforçando orientações que proporcionam à mulher condições para cuidar de si e de seu filho (RODRIGUES *et al.*, 2014).

A busca por uma atenção humanizada à mulher em maternidades teve como facilitador a criação do Sistema de Alojamento Conjunto (1978), que visa à permanência do recém-nascido de baixo risco junto à mãe, 24 horas por dia, até a alta hospitalar de ambos. Apesar de este espaço servir para preparar a puérpera para seu autocuidado e de seu RN, tem-se constatado que na prática diária os profissionais desenvolvem ações fragmentadas, subestimando as necessidades das mulheres, além da carência de orientações sobre outros cuidados, concentrando-se em orientações relativas à amamentação (ALMEIDA; SILVA, 2008).

Apesar de o RN demandar cuidados específicos, observou-se que orientações importantes como higiene, banho, entre outros, foi negligenciado às puérperas, o que pode refletir de maneira negativa nos cuidados prestados pela mãe no puerpério tardio (RODRIGUES *et al.*, 2014).

A rotina da família passa por mudanças após o nascimento do bebê. No cotidiano das puérperas essas mudanças são mais evidentes, pois além dos trabalhos domésticos ela tem como tarefa prestar os cuidados ao recém-nascido. Nesta fase ocorrem muitas variações fisiológicas, choro, irritação, cólica do bebê, aleitamento materno, em que a mulher deve estar preparada para superar (MUNHOZ; SCHMDT; FONTES, 2015).

Após o nascimento, o bebê, para sobreviver, precisa de alguém que cuide dele e que assegure que suas necessidades físicas como alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras e psicossociais de se sentir seguro, amado e protegido, sejam atendidas. Por isso, é importante que o profissional de saúde observe cuidadosamente como os cuidadores, em especial, a mãe, realizam estes

cuidados, e possa por meio da visita fornecer orientações sobre os cuidados diários necessários ao recém-nascido.

A interação do profissional de saúde com a família do recém-nascido contribui para a superação de dificuldades que algumas mães sentem no cuidado ao seu filho. No momento da visita domiciliar podem-se observar as dificuldades da mãe na realização do cuidado, e através de intervenções e orientações, reduzirem a ansiedade e insegurança da genitora, respondendo suas dúvidas com orientações práticas e de fácil compreensão.

Para proporcionar mais conforto e confiança no cuidado ao bebê, foi elaborado uma cartilha para mães a partir do relato de suas dúvidas mais frequentes. O conteúdo dessa cartilha foi composto pelos tópicos a seguir.

3.3.1 Cuidados com a amamentação

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007) recomenda o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do recém-nato. Após este período a criança necessita suprir as deficiências nutricionais por meio de outras fontes introduzindo a alimentação complementar com outros alimentos ricos em ferro e vitaminas.

O leite humano é o único alimento capaz de reduzir as taxas de mortalidade infantil, pois transfere anticorpos maternos para o bebê, protegendo-o contra infecções, uma das principais causas de morte na criança. É rico em ácidos graxos insaturados, aminoácidos, minerais, vitaminas, enzimas, imunoglobulinas e água, totalizando 87% de sua composição, motivo pelo qual o bebê não precisa receber outro líquido para a sua hidratação (SOUZA, 2013).

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

Para o sucesso do aleitamento materno é necessário que as nutrizes sejam apoiadas pelas políticas públicas de aleitamento, pelos profissionais de saúde, pela família e pela sociedade, para vivenciarem como uma experiência positiva e não obrigatória (FARIA, 2010)

A manutenção do aleitamento materno é fortemente influenciada pelo meio onde está inserida a nutriz. A opinião e o incentivo das pessoas que cercam a mãe da criança são de extrema importância como apoio à amamentação. Os pais têm sido identificados como fonte de apoio nesta prática, no entanto, muitos não sabem de que maneira podem ajudar, possivelmente por falta de informações. Cabe aos profissionais de saúde tentar envolver a família a participar desse período importante para favorecer a amamentação (BRASIL, 2011).

O contato pele a pele desencadeia uma série de eventos hormonais importantes para a relação mãe/bebê. O toque, o odor e o calor estimulam o nervo vago, por sua vez, faz com que a mãe libere ocitocina, hormônio responsável, entre outras ações, pela saída e ejeção do leite. Esse hormônio faz com que a temperatura das mamas aumente e aqueça o bebê. Por outro lado, a ocitocina reduz a ansiedade materna, aumenta sua tranquilidade e responsividade social (TOMA, 2008).

A amamentação tem um papel importante no sistema nervoso da mãe diminuindo o estresse, o contato com o bebê faz com que a mãe se sinta mais segura e tranquila. Outros benefícios apontados pelas puérperas foram o retorno ao peso pré-gestacional mais precocemente e 40,2% relataram como benefício a redução sangramento uterino pós-parto (consequentemente, menos anemia), devido à involução uterina mais rápida provocada pela maior liberação de ocitocina, que é estimulada pela sucção precoce do bebê (MARQUES; COTTA; PRIORE, 2011).

Algumas mães desejam amamentar seu bebê, no entanto sentem insegurança sobre como realizar esta prática de como atender as necessidades nutricionais. O aleitamento materno é fundamental para a saúde da criança devido aos valores nutricionais e imunológicos indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento, além dos benefícios psicológicos para o binômio mãe-filho (SILVA *et al.*, 2013).

3.3.2 Prevenção do engasgo

O engasgo é uma das preocupações mencionadas pelas mães dos recém-nascidos, que temem que o bebê engasgue enquanto se alimentam. Pode ocorrer o engasgo pela quantidade de leite na boca do bebê maior que sua capacidade de engolir. Neste caso, proporcione a posição lateral da cabeça do

bebê, pois ajuda a drenar o alimento para fora da boca, impedindo que o alimento vá para o pulmão (FONSECA *et al.*; 2005).

Alguns cuidados podem ser feitos para prevenir a ocorrência de engasgos. A mãe precisa alimentar o bebê com calma, observar a deglutição, fazendo pequenas pausas se necessário, e ao final elevar o bebê ao ombro na posição para arrotar.

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

3.3.3 Cuidados com a higiene corporal: banho

O primeiro banho do recém-nascido é um momento de muita expectativa para a mãe. É um dos cuidados que geram dúvidas e insegurança por parte da mãe em realizar por receio de manusear o bebê por achá-lo frágil, por medo de quedas e de entrada de água no canal auditivo. São milhares de dúvidas: que produtos usar, como preparar a água, como cuidar do umbigo que ainda não caiu, como evitar que entre água e sabão nos olhos do bebê, e outras mais. Muitas mães evitam realizar este procedimento nos primeiros dias, levando-as a contar com o apoio de um parente próximo ou cuidador com experiência.

O Ministério da Saúde orienta que o banho do bebê deverá ser realizado levando em consideração o estado e as condições fisiológicas que o bebê apresenta, em virtude da intensa manipulação do bebê, podendo produzir diversas reações no recém-nascido (BRASIL, 2009).

O banho é uma necessidade diária que tem como finalidade à limpeza do corpo, estimular a circulação geral da pele, proporcionando conforto e bem-estar. O momento do banho é muito prazeroso e favorável para a interação entre mãe e filho. Esse deve ser feito com água morna e sabonete neutro, como o de glicerina (SOUZA, 2013).

3.3.4 Cuidados com a higiene do coto umbilical

O cuidado com o coto umbilical é uma maneira importante de evitar que o recém-nascido tenha tétano ou sepse. É importante que a mãe saiba como cuidar da higiene do coto umbilical.

O coto umbilical deve ser limpo após o banho, com haste ou algodão umedecido em álcool a 70%, com movimentos circulares em um só sentido, retirar as secreções deixando a área limpa (SOUZA, 2013).

3.3.5 Cuidados com as cólicas

A cólica no recém-nascido aparece logo nos primeiros dias de vida podendo ir até os três meses de idade. É uma das preocupações da mãe, que fica insegura sem saber o que fazer.

A cólica é um espasmo muscular que pode ser ocasionado, principalmente, pela fermentação do leite, provocando gases que pressionam as paredes intestinais (REGIANI, 2006).

3.3.6 Cuidados com o soluço

O soluço no recém-nascido é natural. A mãe deve observar em quais situações ele está presente para poder tomar uma atitude que vise aliviar o bebê. As causas mais comuns são os soluços causados pela umidade ou frio, soluço do estômago cheio ou vazio. Caso o soluço tenha sido causado pelo frio ou o bebê está molhado, deixe o bebê bem agasalhado com roupas secas. Para o soluço do estômago cheio deixe o bebê quase sentado no colo após a mamada sem movimentá-lo muito. E por fim o soluço do estômago vazio, alimente o bebê (MUNHOZ; SCHMDT; FONTES, 2015).

3.3.7 Cuidados com o choro

O choro é a linguagem que os bebês mostram suas necessidades, sentimentos e sensações. Identificar o motivo do choro requer da mãe uma intuição e também aprendizado. Com o passar do tempo com o bebê em domicílio, aos

poucos a mãe vai identificando as necessidades da criança. É importante que a mãe mantenha calma, pegue seu bebê com cuidado, carinho e satisfaça as suas necessidades (MUNHOZ; SCHMDT; FONTES, 2015).

3.3.8 Cuidados com o sono e posição para dormir

O sono é muito importante para o desenvolvimento e maturação do bebê, pois é durante o sono que os hormônios do crescimento são liberados em maior intensidade. Desta forma é indispensável a manutenção da saúde e tranquilidade da criança enquanto dorme (REGIANI, 2006).

Os pais devem ser alertados quanto ao risco de morte súbita de criança no primeiro ano de vida, principalmente nos primeiros seis meses. Para prevenir casos assim, eles devem ser orientados sobre a posição de dormir correta e segura. A criança deve ser colocada para dormir de “barriga para cima” (posição supina) e não de lado ou de bruços. O bebê deve dormir em berço ou cama, e não deve haver lençóis, cobertores ou objetos macios em volta da criança (INSTITUTE, 2012; DEMOTT *et al.*, 2006).

3.3.9 Cuidados para prevenção de quedas

As quedas podem deixar sequelas graves em crianças, podendo em alguns casos levar à morte. Alguns cuidados devem ser observados para evitar que isso ocorra.

O recém-nascido deve ser manuseado por pessoas que tenham alguma prática, pois são muito sensíveis. Orientações como colocar o bebê para repousar e dormir em berço com grades devem ser feitas devido aos riscos de quedas (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

3.3.10 Cuidados com a troca de fraldas

É muito importante esclarecer para a mãe que o objetivo da troca de fraldas é manter o bebê o mais seco e confortável possível.

A troca de fraldas é um cuidado prestado ao bebê para sua higienização, proporcionando conforto, deixando a pele seca e limpa, prevenindo o aparecimento de assaduras. A maioria das pessoas não realiza esta atividade de forma correta.

Recomenda-se para a troca de fralda a posição decúbito elevado (posição antirrefluxo), rolar para a lateral o corpo de um lado para o outro, retirando a fralda suja e realizar a higiene. Um cuidado que se deve ter é não elevar as pernas do RN, evitando assim a pressão abdominal, que provoca refluxo e bronco aspiração (BRASIL, 2011).

3.3.11 Cuidados gerais

Sinais de perigo são os sinais de problemas graves de saúde que podem causar a morte de muitos recém-nascidos. Para evitar a morte, a mãe e a família precisam saber reconhecer os sinais de perigo para o recém-nascido. O profissional de saúde deve ensinar a mãe e a família a reconhecer os sinais de perigo: se o bebê não consegue beber ou mamar, apresenta vômito, palidez, cianose, convulsão, letargia, estômago distendido. Caso o recém-nascido apresente um destes sinais, a mãe deve procurar ajuda imediatamente a unidade de saúde (AIDPI, 2012).

3.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde tem ganhado, cada vez mais, espaço no cenário assistencial, pois visa inserir o paciente como participante do cuidado prestado, dando-lhe empoderamento na tomada de decisões.

O processo pedagógico da enfermagem, com ênfase na educação em saúde, encontra-se em evidência, já que atualmente é reconhecido como uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus contextos sociais. O enfermeiro tem destaque, já que é o principal atuante no processo de cuidar por meio da educação em saúde (SOUSA *et al*, 2010).

O enfermeiro desenvolve ações de promoção da saúde, e dentre estas ações, destaca-se a educação em saúde. Cabe ao enfermeiro uma boa formação,

com conhecimentos amplos, apropriando-se de novas teorias e práticas, para o processo de ensino-aprendizagem (MACHADO; SILVA, 2007).

Tem sido muito difícil encontrar material de apoio pedagógico voltado para a Educação em Saúde que venha atender às necessidades sentidas por profissionais de saúde e de educação na sua prática diária. A construção de manuais de orientação destinados à promoção e educação em saúde traz importante subsídio como apoio pedagógico para a educação continuada dos profissionais. O material educativo além de promover a capacitação contribui na padronização das orientações e estimula os profissionais para a ação (ZOMBINI, 2011).

Os profissionais da saúde ao transmitir informações de forma clara e de fácil compreensão, proporcionam ao indivíduo um melhor conhecimento sobre sua condição de saúde, tornando-os mais conscientes sobre os benefícios do aprendizado favorecendo uma mudança de comportamento.

3.5 TECNOLOGIA EDUCATIVA NA SAÚDE

As tecnologias educacionais no campo da saúde têm merecido destaque no que diz respeito à prática educativa desenvolvida pelos profissionais de saúde, especificamente na enfermagem (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

O papel da enfermagem na sociedade contemporânea não deve ser estático e técnico, mas dinâmico e deve dominar diversas formas de atuação, dentre elas a ação educativa, que vem despontando como uma estratégia primordial para a implementação da promoção da saúde.

Os profissionais de saúde buscando garantir a continuidade dos cuidados prestados ao recém-nascido reconhecem a importância em preparar os familiares no processo de cuidar. Para tanto, as orientações quanto aos cuidados, devem contar com a participação ativa dos envolvidos, para que os objetivos sejam alcançados.

A enfermagem tem se envolvido com a produção e busca de artifícios tecnológicos para auxiliar na sua prática diária profissional. Tem-se observado um aumento na produção de tecnologias de enfermagem, ainda pouco divulgada. As dificuldades e escassez de recursos físicos, humanos, estruturais e materiais dos serviços de saúde, tornam a prática educativa desestimulante e repetitiva para o profissional e para a clientela. Acredita-se que os materiais de ensino dinamizam as

atividades de educação em saúde. Desta forma o uso da tecnologia educacional pode ser visto como recurso facilitador e inovador para o ensino e prática de enfermagem pediátrica e neonatal (FONSECA *et al.*, 2011).

As tecnologias educativas são instrumentos facilitadores do processo ensino-aprendizagem, que dinamizam as atividades de educação em saúde (ÁFIO *et al.*, 2014).

Na área da saúde, as tecnologias educativas são importantes no processo do trabalho de educação em saúde, garantindo um desempenho no cuidar. As tecnologias em saúde compõem o grupo de tecnologias leves, conhecidas como tecnologias das relações, como acolhimento, vínculo, automação, responsabilização e gestão, no processo de gerenciamento do trabalho (MEHRY, 2002).

Os materiais educativos como cartilhas, folhetos e cartazes são recursos que podem proporcionar melhores resultados para os programas de educação para a saúde, pois possuem o potencial de dinamizar a comunicação no trabalho com educação em saúde e facilitam o trabalho da equipe de saúde (VASCONCELOS *et al.*, 2015). O uso crescente de materiais educativos como recursos na educação em saúde tem assumido um papel importante no processo de ensino-aprendizagem (TORRES *et al.*, 2009).

O enfermeiro ao desempenhar o papel de educador de saúde, utiliza a tecnologia como prática inovadora do cuidar. Ressalta-se, portanto, que o enfermeiro pode contribuir na elaboração, desenvolvimento e avaliação do material educativo (MARTINS *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As orientações sobre cuidados ao recém-nascido podem ser iniciadas desde o pré-natal, seguir no alojamento conjunto e reforçadas na alta hospitalar, proporcionando maior segurança à mulher e melhor desempenho nos cuidados ao recém-nascido. O período de contato entre a puérpera e o profissional de saúde é insuficiente e muitas vezes não permite que a puérpera compreenda todas as orientações fornecidas (MA; REZENDE, 2012).

Na tentativa de melhorar a qualidade das ações de enfermagem, na visita domiciliar, o uso de tecnologias como cartilha educativa pode contribuir para reforçar a compreensão da puérpera quanto aos cuidados com o recém-nascido. O estudo de Terra e Okasaki, (2006) mostram as dificuldades que as puérperas encontram no cuidar ao recém-nascido em domicílio: dificuldade no ato de amamentar, higiene do recém-nascido, higienização do coto umbilical, vestir o bebê, segurar e pegar o bebê

no colo, lidar com o arroto, lidar com o engasgo, manusear a criança sem machucá-lo.

O uso de cartilhas educativas utilizadas pela enfermeira durante a assistência pré-natal e na visita domiciliar pode contribuir para diminuir as dúvidas e melhorar a segurança das puérperas no cuidado com o recém-nascido.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com métodos mistos, com duas etapas um estudo descritivo com abordagem quantitativa, e a segunda etapa foi do tipo metodológico. Para desenvolvimento do estudo, mães de recém-nascidos participaram para que fossem identificadas as dificuldades no cuidado ao recém-nascido na primeira semana de vida em domicílio. Foi construído e validado uma tecnologia educativa na forma de uma cartilha, direcionada para a mãe do recém-nascido, no entanto pode-se utilizar esse material para fornecer informações para os familiares. Essa tecnologia visa aprimorar os conhecimentos acerca dos cuidados domiciliares.

Método misto de pesquisa relaciona-se com a condução de estudos que utilizam estratégias metodológicas mistas para responder as questões de investigação ou testar hipótese (ROSA; OLIVEIRA, OREY, 2015).

O estudo descritivo consiste em observar, descrever e documentar aspectos de uma situação, como por exemplo, o pesquisador deseje determinar a prevalência de uma variável. Ou, às vezes, o modelo do estudo é correlacional descritivo, o que significa que os pesquisadores buscam descrever relações entre variáveis, sem inferir conexões causais (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas (MARCONI; LAKATOS, 2009).

Os estudos metodológicos são utilizados para aprimorar métodos usados em investigações destinadas ao desenvolvimento ou melhoramento de instrumentos já existentes. Na pesquisa de desenvolvimento de instrumento, costuma envolver métodos complexos e sofisticados, incluindo o uso de modelos com métodos mistos. Tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011).

Segundo Gil (2010), é um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos.

4.2 Local do Estudo

O município de Quixeré está localizado na região do Baixo Jaguaribe, estando a 212 quilômetros de distância da capital Fortaleza. Tem 21.572 habitantes, pertence a 10ª Região de Saúde do Estado do Ceará. Dados do IBGE de 01/07/2015, publicado no diário Oficial da União em 28 de agosto de 2015 trazem uma estimativa populacional para a região de 223.878 habitantes (BRASIL, 2015).

O município conta com nove equipes implantadas da Estratégia Saúde da Família, das quais três equipes ficam situadas na sede da cidade e seis equipes localizadas na zona rural. As unidades fazem parte da atenção primária de saúde, e cada instituição atende a uma demanda expressiva de programas normatizados pelo Ministério da Saúde.

A escolha das unidades da sede para realização do estudo deve-se ao fato da pesquisadora trabalhar em uma das unidades básicas de saúde, realizando atividades profissionais como enfermeira, e pela facilidade de deslocamento.

O estudo foi realizado em três unidades básicas de saúde (UBS), localizadas na sede, do município de Quixeré, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade sede nº1 tem 715 famílias cadastradas, com 11 mulheres realizando pré-natal, a unidade da sede nº2, tem 759 famílias cadastradas, com 11 mulheres inscritas no pré-natal, a unidade da sede nº3 é composta por 845 famílias cadastradas e conta com 25 gestantes realizando pré-natal.

As unidades contam ainda com os seguintes serviços de saúde: consultas médicas, consultas de enfermagem, assistência ao planejamento familiar, atendimento ao adolescente, atendimento à pessoa idosa, assistência ao pré-natal, exames de prevenção do colo uterino, puericultura, atendimento ao paciente com hipertensão, atendimento ao diabético, imunização, procedimentos básicos ambulatoriais, educação em saúde, atendimento em saúde bucal, entre outros.

A estrutura física de cada UBS dispõe de consultórios médico, de enfermagem, e odontológico, sala de procedimentos ambulatoriais, sala de espera, sala de vacinas, copa, cozinha, banheiros, recepção, almoxarifado, sala de arquivo, sala administrativa, sala para atividade de educação em saúde, área de serviços gerais e ampla área externa para estacionamento e jardim.

A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e de limpeza. Conta

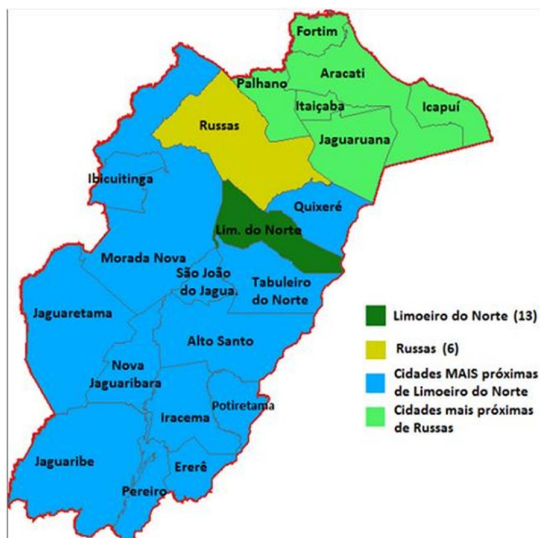
também com a equipe Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), composta por psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social e educador físico, que atuam de maneira integrada apoiando os profissionais das Equipes Saúde da Família.

Figura 1 – Mapa do Ceará (A) e Vale do Jaguaribe (B) 2016.

(A)



(B)



Fonte: Google imagens.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi gestantes cadastradas no Sistema Pré-Natal (SIS Pré-natal) do município de Quixeré. Na presente data 10/09/2015 encontravam-se no sistema 103 gestantes cadastradas no município. A composição da amostra se deu por amostragem em sequência, composta por 32 puérperas, com parto realizado entre o período de janeiro a junho de 2016, cadastradas na sede onde estão localizadas as unidades de saúde I, II e III.

Amostragem por sequência envolve o recrutamento de todas as pessoas de uma população acessível que atendam aos critérios de elegibilidade ao longo de um intervalo de tempo específico ou até alcançar um número determinado de participantes, que componham a amostra final (POLIT; BECK, 2011).

O critério de inclusão foi mães que cuidaram do seu filho nos primeiros 15 dias de vida no domicílio. Os critérios de exclusão foram os recém-nascidos portadores de má formação congênita.

A abordagem inicial das participantes desta pesquisa foi feita por ocasião de grupos de conversa com gestantes durante o pré-natal. As gestantes foram convidadas a participar da pesquisa, onde receberam informações sobre o objetivo do estudo. Feito este esclarecimento, a pesquisadora aguardou o momento do parto para então realizar a pesquisa durante a visita domiciliar.

4.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de um formulário (APÊNDICE A), contendo dados de identificação das mães e dos recém-nascidos na primeira parte, e na segunda parte questões abertas sobre os cuidados domiciliares. Perguntaram-se quais as informações que a mãe gostaria de receber sobre os cuidados maternos com o seu bebê. Realizou-se um teste piloto com cinco mães para reajuste de algum item do formulário. As participantes do teste piloto não foram incluídas na amostra final.

O período da coleta de dados foi de janeiro a junho de 2016. A pesquisadora ao realizar a visita domiciliar, abordou a puérpera e fez o convite para que ela participasse da pesquisa. A participante ao aceitar, recebeu informações sobre o objetivo do estudo e em seguida foi realizada a entrevista. Optou-se realizar

a coleta dos dados em domicílio por ser mais conveniente para as mães, uma vez que a visita da puérpera deve acontecer preferencialmente na primeira semana de vida do recém-nascido, e pela possibilidade de a pesquisadora interagir com o ambiente onde ela vive (BRASIL, 2012).

A entrevista é uma conversa a dois ou mais interlocutores, realizada pelo pesquisador, com o objetivo de obter informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2010).

Apesar da diversidade de estudos realizados sobre os cuidados com o recém-nascido, após levantamento de dados encontrou-se um número reduzido de material educativo com recursos lúdicos. Assim a tecnologia escolhida, a cartilha, mostrou-se apropriada para esta finalidade.

Após os dados coletados junto às mães, o próximo passo foi a elaboração da cartilha. Em seguida, a segunda etapa se deu com esboço gráfico e conteúdo da cartilha, na qual foi submetida à apreciação de especialistas, convidados de uma equipe multidisciplinar da saúde. A tecnologia foi encaminhada para impressão, após conclusão da segunda etapa.

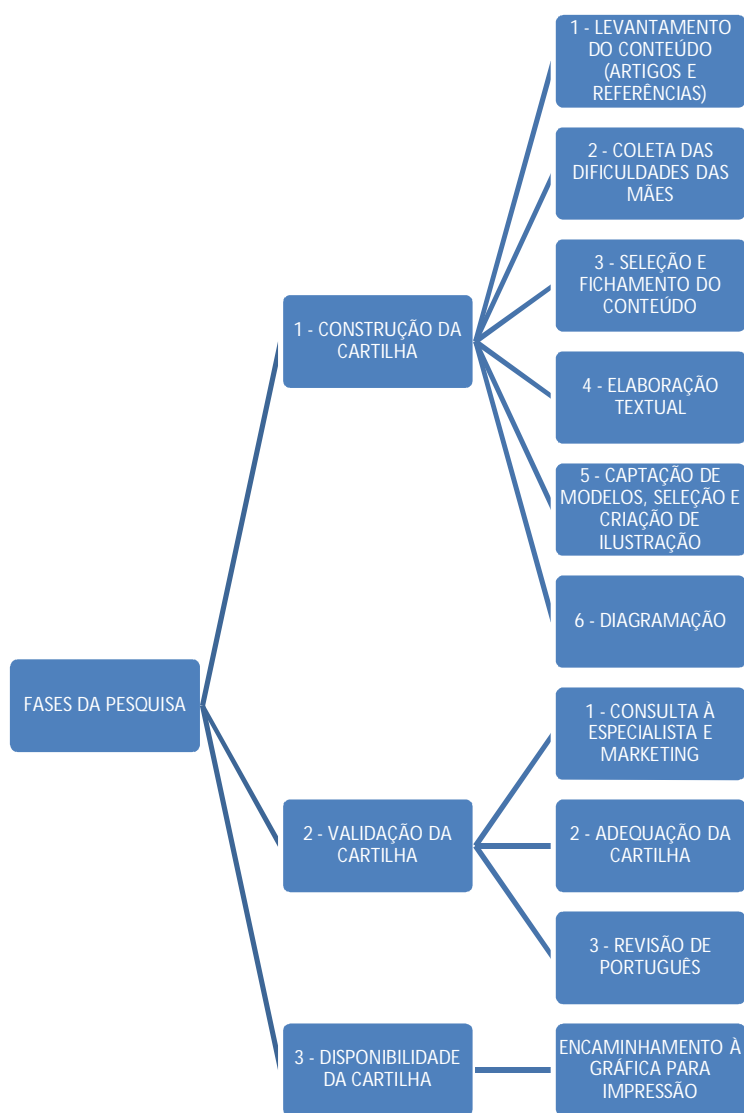
Após o levantamento bibliográfico, a próxima etapa foi a definição do conteúdo do material educativo, obedecendo às recomendações do Ministério da Saúde. A terceira etapa constou do planejamento, desenvolvimento, ilustrações e da parte gráfica a serem empregadas na cartilha, foi contratado um profissional *designer* gráfico para auxiliar na realização desta etapa.

Concluída esta etapa, a primeira versão do material educativo foi submetida à apreciação dos juízes/especialistas para verificação da linguagem, conteúdo, ilustrações empregadas. Este processo correspondeu à quarta etapa da elaboração da cartilha, onde modificações foram feitas para melhorar a adequação do material, a partir da sugestão dos juízes/especialistas convidados.

4.5 PERÍODO E FASES DO ESTUDO

Este estudo se propôs a elaboração e validação de uma cartilha, com a finalidade de auxiliar mães no cuidado domiciliar ao recém-nascido. O estudo foi desenvolvido no ano de 2015, direcionado pelas fases e etapas representadas na figura 2 conforme o referencial de Echer (2005).

Figura 2 – Fases de pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora adaptado de Rocha (2015).

4.5.1 Fase 1: Etapas para a construção da tecnologia educativa – Cartilha

Como literatura de base para a construção da cartilha, foi utilizada a dissertação de mestrado desenvolvida por Reberte na Universidade de São Paulo (USP) tendo com título celebrando a vida: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da

gestante / Luciana Magnoni Reberte – São Paulo, 2008(REBERT, 2014). A construção da cartilha se deu com o seguimento de 05 etapas, descritas a seguir.

Etapa 1: **Levantamento do conteúdo**

O conteúdo da cartilha intitulada “Orientações de cuidados recém-nascido na visita domiciliar” teve como base, as dificuldades relatadas pelas mães, durante a visita domiciliar. As informações foram obtidas pela pesquisadora durante a coleta de dados.

Na etapa de sistematização do conteúdo, foi realizada uma revisão da literatura para garantir a fundamentação científica, para dar segurança ao leitor, e definir os conceitos adequados em um material educativo (ECHER, 2005). O conteúdo da informação a ser apresentada, deve ser clara, útil e relevante às pessoas à que serão direcionadas, devendo apresentar uma ordem lógica, atrativa e compreensiva.

A primeira fase para construção da cartilha foi a análise do construto teórico e seleção do conteúdo. 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)*, mediante os seguintes descritores: Enfermagem, Saúde da Família, Visita Domiciliar e Recém-nascido. A busca foi realizada nos meses de junho e julho de 2015.

Depois da seleção dos artigos, dissertações e teses relacionados a este estudo, procurou-se aprofundar o tema para elucidar conceitos e direcionar o processo da revisão, a partir de livros e manuais do Ministério da Saúde. Após este processo foram selecionados 48 artigos, sete livros, três dissertações e uma tese, que foram lidos e fichados. As informações foram organizadas para a construção da tecnologia.

Os tópicos da cartilha foram selecionados de acordo com os relatos apresentados pelas puérperas durante a visita domiciliar, onde foram indagadas acerca das dificuldades identificadas no cuidado ao recém-nascido nos primeiros dias de vida, e o que elas gostariam de saber para melhorar o conhecimento delas sobre estes cuidados.

Após a disposição dos resultados desse levantamento, procedeu-se a seleção dos conteúdos a serem apresentados na cartilha.

Etapa 2: **Seleção e fichamento do conteúdo**

Posteriormente à leitura das referências pesquisadas, foram selecionados os assuntos correlatos às demandas das puérperas, pertinente aos cuidados domiciliares ao recém-nascido.

Em seguida, com o material devidamente fichado, procedeu-se a organização do conteúdo que iria compor os tópicos da cartilha. Assim, os tópicos abordados na cartilha contemplaram os seguintes pontos: aleitamento materno, engasgo, higiene corporal (banho do bebê), higienização do coto umbilical (umbigo), cólicas, soluço, choro, sono e posição para dormir, prevenção de quedas, troca de fraldas, sinais de perigo e outras observações importantes como lembretes.

Cada tópico foi composto de vários itens com o intuito de oferecer orientações às puérperas, respondendo suas dúvidas, aumentando seus conhecimentos quanto aos cuidados domiciliares ao recém-nascido.

Etapa 3: **Elaboração textual**

Após a seleção do conteúdo de cada tópico abordado, seguiu-se a elaboração textual. Os tópicos continham uma diversidade de informações científicas, com linguagem técnica e que dificultaria a compreensão por parte do público-alvo. Nesta etapa foi importante a identificação dos termos técnicos e transformação para uma linguagem popular de modo a facilitar a compreensão da cartilha por suas usuárias. Assim as informações foram escritas na linguagem simples, de uso popular, na voz ativa, com emprego de palavras curtas.

O emprego de termos técnicos deve ser evitado, caso sejam indispensáveis, devem ser explicados e com utilização de exemplos (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

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

Para esta etapa foram necessárias consultas a livros-texto, imagens disponíveis em páginas eletrônicas, modelos de cartilhas existentes na área científica, que pudessem servir de exemplo para a composição deste material educativo.

As ilustrações da cartilha têm como objetivo tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão (ECHER, 2005). As imagens devem estar relacionadas com a mensagem para reforçar a informação, devendo-se utilizar desenhos de linhas simples para melhor ilustrar um procedimento. Para esta etapa, foi contatado um designer gráfico para ajudar na elaboração dos desenhos das ilustrações, seguindo as características de simplicidade, atratividade, fácil compreensão e embasamento na literatura pertinente. A pesquisadora manteve contatos com o designer gráfico, fez sugestões sobre as ilustrações, preocupando-se com a representatividade e embasamento na literatura. À medida que o profissional contratado desenhava as imagens, estas eram enviadas à pesquisadora que aprovava ou realizava correções, de forma a deixar maior clareza da ilustração.

As ilustrações foram adequadas ao tema proposto com a finalidade de facilitar a compreensão do texto, tornando a leitura mais clara e atrativa. Desta forma, as imagens foram editadas o mais próximo possível do conteúdo ao qual se representa.

Foi sugerida a criação de dois personagens, a mãe e o bebê, exclusivo para esta tecnologia, considerando a trajetória dos tópicos dos cuidados domiciliares a serem prestados pelas mães ao bebê. As ilustrações criadas pelo designer gráfico tiveram como inspiração modelos a partir de figuras pesquisadas na internet. A cartilha foi composta por ilustrações de linhas simples e cores suaves.

Ao elaborar uma tecnologia educativa, devem-se considerar o nível de cultura e alfabetização e, sobretudo o letramento funcional em saúde, o qual envolve a capacidade de leitura, compreensão e ação das situações.

Letramento funcional em saúde (LFS) é o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde (PASSAMAI, 2012).

Etapa 5: Diagramação

Após a finalização dos desenhos das ilustrações, seguiu-se para a formatação e configuração das páginas. Para a diagramação o designer gráfico utilizou as ferramentas do programa *Adobe Photoshop CS4*. A cartilha foi formatada de modo a conter um número de páginas múltiplo de quatro, uma vez que seriam utilizados frente e verso das folhas, no estilo retrato. Utilizou-se o papel couchê 170g, no formato de página A5 (148 por 210 mm) e presas a dois grampos (APÊNDICE J). Os tópicos de cada assunto abordados receberam tipos de letras diversas, de tamanhos diferentes, para deixar a leitura atrativa, optando-se por cores distintas para melhor visualização da leitura.

Na capa optou-se por colocar uma ilustração de um recém-nascido no colo da mãe e o título com um tipo de fonte em dois tamanhos. A figura da capa sugere o acolhimento e vínculo mãe e bebê numa sintonia de amor e carinho.

O conteúdo da cartilha foi dividido nos seguintes tópicos: aleitamento materno, engasgo, higiene corporal (banho do bebê), higienização do coto umbilical (umbigo), cólicas, soluço, choro, sono e posição para dormir, prevenção de quedas, troca de fraldas, sinais de perigo e outras informações em forma de lembretes. A ordem e sequência dos tópicos foram seguidas de acordo com as sugestões dos especialistas, assim como alguns itens foram acrescentados.

Após a finalização da cartilha foram colocados os créditos técnicos com a identificação dos autores do material educativo: orientanda, orientadora e designer gráfico.

4.5.2 Fase 2: Validação da tecnologia educativa (cartilha) por juízes/especialistas e juízes da área de *Design e Marketing*

Após a construção da cartilha foi realizada a validação de aparência e conteúdo considerando que validar a aparência de um instrumento consiste no julgamento relativo à clareza e compreensão, e validar o conteúdo verifica-se o quanto os conceitos representados estão adequados à compreensão e domínio do conteúdo (POLIT; BECK, 2011).

A validação foi desenvolvida em 3 etapas (etapas 1,2 e 3), que serão descritas a seguir.

Validação por juízes especialistas

Etapa 1: Consulta à especialistas

Os juízes especialistas foram convidados a participarem da validação por meio de uma carta convite (APÊNDICE D), e ao concordarem em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE F).

A recomendação para a seleção dos juízes especialistas para Pasquali (1997) indica a quantidade mínima de seis especialistas. Para Viana (1982) o mínimo seriam três juízes. Sugere-se um número ímpar de juízes para evitar o empate de ideias. No presente estudo optou-se por seguir as recomendações de Polit, Beck (2011), consultando um número ímpar de juízes, num total de nove para esta pesquisa.

A validação é um processo no qual se examina, com precisão, determinado instrumento ou inferência realizada a partir de escores estabelecidos. Essa é 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 devem ser repetidas inúmeras vezes para o mesmo instrumento (RAYMUNDO, 2009, p87)."

A validade pode ser avaliada por meio de dois aspectos neste estudo: a validação de conteúdo de um instrumento e a validação aparente (PASQUALI, 1997).

Validar conteúdo indica análise minuciosa do conteúdo de um instrumento, com o objetivo de analisar se os itens propostos constituem uma amostra relevante do assunto que se deseja medir. Os instrumentos passam pela apreciação de especialistas no assunto, onde podem corrigir acrescentar e modificar os itens (POLIT; BECK, 2011).

A validação aparente, semântica ou de face, indica se o instrumento parece, à primeira vista, medir o construto apropriado. A finalidade é saber como o

público alvo compreende os itens ou se eles modificariam alguns deles (LOBIONDO-WOOD, 2014).

Em avaliações da validade relacionada ao critério, os pesquisadores procuram estabelecer uma relação entre escores do instrumento e alguns critérios externos. O instrumento é considerado válido quando seus escores correspondem intensamente aos escores do critério. O coeficiente de validade é calculado através de uma fórmula matemática que correlaciona os escores do instrumento e da variável do critério. Os coeficientes podem variar de 0,00 a 1,00, onde valores mais elevados indicam maior validade do critério. São desejáveis coeficientes de 0,70 ou mais. O valor da concordância entre os juízes-especialistas foi considerado de 0,78%, tendo como padrão os valores aplicados em outros estudos (POLIT; BECK, 2011).

O índice de validade do conteúdo (IVC) é calculado pelos pesquisadores para indicar em que medida as opiniões dos especialistas são congruentes (POLIT; BECK, 2011).

Os juízes/especialistas foram selecionados por meio de rede ou bola de neve que consiste em uma estratégia utilizada para localizar experts. Assim, quando for selecionado um sujeito que se enquadre nos critérios de elegibilidade, o mesmo deverá sugerir outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011). Os experts foram escolhidos de acordo com os critérios adaptados de Fehring (1987) (Quadro 1), devendo obter pontuação mínima de 5 pontos.

Os profissionais que preencheram os requisitos de inclusão foram convidados a participar do estudo. Foi enviada uma carta convite (Apêndice D) por meio de envio de e-mail, onde eu me identifiquei informando sobre o objetivo do estudo e desenvolvimento da tecnologia. Foi anexada a caracterização dos juízes (APÊNDICE E), o TCLE (APÊNDICE F) para cada juiz assinar após o consentimento em participar da pesquisa, o instrumento de avaliação da tecnologia pelos juízes (APÊNDICE G) e uma versão inicial da cópia da cartilha (APÊNDICE J).

Aos especialistas convidados, foi solicitada a devolução do instrumento em até dez dias depois de concluída a análise da cartilha, para o cumprimento do cronograma da pesquisa.

Quadro 1 - Critérios de seleção para experts da validade de conteúdo da cartilha

JUIZES/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, 2 anos na área de interesse do constructo	2 pontos/ ano
Ser especialista em área relacionada ao constructo	2 pontos

Fonte: Área de interesse: Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva e Pediatria. Adaptado os critérios de seleção (FEHRING, 1987 JOVENTINO, 2010).

O critério de inclusão dos juízes da área de *design e marketing* foi ter no mínimo um ano de formação e atuação na área. Participaram desta pesquisa três profissionais.

Utilizou-se para avaliação da tecnologia educativa um instrumento original que foi produzido por Sousa (2011). A cartilha educativa destinava-se a pacientes em pré-operatório de cirurgia ortognática. A pontuação do instrumento foi adaptada de acordo com as recomendações de Alexandre e Coluci (2011) e apresenta-se em escala do tipo Likert: 1 = Totalmente inadequado 2 = Moderadamente inadequado; 3 = Moderadamente adequado; 4 = Totalmente adequado e não se aplica (NA).

As variáveis de conteúdo, linguagem, motivação e cultura compuseram a validação de conteúdo. Ademais, as variáveis ilustrações e *layout* avaliaram a aparência. O instrumento constava também de questões abertas para comentários, críticas e sugestões. No final da avaliação, as recomendações dos foram analisadas e incorporadas.

No instrumento de avaliação da tecnologia pelos juízes foram acrescentadas as seguintes instruções: analise cuidadosamente a cartilha de acordo com o que se pede. Em seguida, classifique-os de acordo com o valor que mais se aproxime, em sua opinião, de acordo com a valoração abaixo.

VALORAÇÃO:

1	Totalmente inadequado
2	Moderadamente inadequado
3	Moderadamente adequado
4	Totalmente adequado
NA	Não se aplica

Os juízes responderam ao questionário contendo perguntas referentes à avaliação do conteúdo do instrumento educativo com itens distribuídos em quatro blocos, a seguir:

Bloco 1 – Objetivos: referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio da utilização da cartilha educativa.

Bloco 2 – Conteúdo: Refere-se à forma de apresentar a cartilha, incluindo sua organização geral, sua estrutura, estratégia de apresentação e suficiência.

Bloco 3 – Estrutura e apresentação: Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

Bloco 4 – Relevância: Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens apresentados na cartilha.

Após cada bloco de critérios a ser analisado, foi colocado um espaço para sugestões no intuito de aprimorar o item avaliado. No final do instrumento foi disponibilizado espaço para comentários gerais e sugestões sobre o que ele achou do material educativo.

Depois da avaliação da cartilha pelos juízes foi calculado o índice de validade de conteúdo (IVC), estabelecendo para este estudo um valor igual ou maior a 0,78 (POLIT; BECK, 2011). O índice foi calculado por meio do somatório de concordância dos itens marcados como “3” e “4” pelos especialistas divididos pelo total de respostas. Os itens que receberem pontuação “1” ou “2” devem ser revistos.

Fórmula para o cálculo do IVC:

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas 3 ou 4}}{\text{Número total de respostas}}$$

Validação por juízes da área de *Design e Marketing*

A cartilha também foi submetida à validação por juízes da área de *design e marketing*, de modo a avaliar a adequação do material educativo. Esta avaliação foi composta por três profissionais.

Neste estudo, empregou-se o método SAM (*Suitability Assessment of Materials*). Este instrumento de avaliação fornece a medida de dificuldade de leitura através do escore numérico em percentual, que pode adequar uma das três categorias: superior (70-100%), adequado (60-69%) e inadequado (0-39%) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Etapa 2: Adequação da cartilha às sugestões dos especialistas

A pesquisadora tendo em mãos as sugestões referentes à estrutura, conteúdo, ilustrações e linguagem, procedeu com as alterações sugeridas pelos juízes, incluindo ou excluindo algum item no sentido de aperfeiçoar a tecnologia. O designer gráfico foi contatado para adequação das ilustrações e diagramação conforme a necessidade.

Etapa 3: Revisão de português

Concluídas as alterações de adequação da cartilha com as sugestões dos especialistas, o instrumento foi encaminhado para a revisão de português, e para esta etapa foi necessário a contratação de profissional especializado.

4.5.3 Fase 3: Disponibilização da cartilha

Após o parecer técnico dos profissionais especialistas, o material educativo foi encaminhado para a gráfica responsável pela sua reprodução.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações referentes aos dados quantitativos foram organizadas em um banco de dados do programa Excel e apresentados em tabelas e quadros. Foi realizada a frequência relativa e absoluta. Os resultados foram discutidos à luz da literatura.

Realizou-se a validação de conteúdo, com cálculo do índice de IVC. Os dados contidos nos formulários preenchidos pelos peritos e as sugestões apresentadas foram compiladas em quadros.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Os aspectos éticos da pesquisa foram baseados na Resolução nº 466 de dezembro de 2012, publicado em junho de 2013, sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 2013). Esta resolução incorpora os princípios básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outras, que asseguram os direitos e deveres da comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O projeto foi encaminhado a Plataforma Brasil, e aprovado com número de parecer 1.331.542.

Após aprovação no Comitê de Ética, as mães foram convidadas a participarem do estudo. Foi solicitado às mães que assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias. As participantes adolescentes assinaram o Termo de Assentimento, após convite e esclarecimento das etapas do estudo. Os participantes do estudo não tiveram qualquer ônus e tiveram garantia do anonimato. Os dados foram usados apenas com fins científicos.

“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, 2011).

Os benefícios do estudo foram diretos e indiretos, pois as puérperas tiraram dúvidas com a pesquisadora e as informações coletadas foram utilizadas para a construção de uma cartilha com orientações sobre cuidados maternos ao recém-nascido. Esta pesquisa contribuiu para o aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas no âmbito profissional, melhorando a qualidade da assistência prestada ao recém-nascido.

Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis constrangimentos durante aplicação do instrumento. A pesquisadora informou a mãe caso ela se sentisse cansada, fatigada, ou precisasse amamentar, a pesquisadora interromperia a entrevista e retornaria em outro momento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados conforme objetivos deste estudo. Na primeira etapa descreveram-se os resultados relativos às dificuldades apresentadas pelas mães e na segunda etapa, a validação de conteúdo da cartilha.

Tabela 1 – Descrição das variáveis sociodemográficas e clínicas das mães participantes do estudo, Quixeré-CE, 2016.

Variáveis maternas	N	%	MÉDIA (DP)
Idade materna (anos)			27,46 (\pm 5,71)
14-19	3	9,4	
20 – 35	26	81,2	
> 35	3	9,4	
Estado civil			
Solteira	3	9,4	
Casada	15	46,8	
União consensual	14	43,8	
Escolaridade			
Fundamental	8	25,0	
Ensino médio incompleto	2	6,2	
Ensino médio completo	13	40,7	
Ensino superior incompleto	7	21,9	
Ensino superior completo	2	6,2	
Ocupação			
Do lar	19	59,5	
Comércio	4	12,5	
Autônoma	4	12,5	
Nutricionista	1	3,1	
Professora	1	3,1	
Auxiliar de serviços	1	3,1	
Contadora	1	3,1	
Técnica de Enfermagem	1	3,1	

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à tabela 1 a faixa etária das mulheres no puerpério foi de 20 a 35 anos, no total de 26 (81,2%). A maioria das mulheres vive com seus

companheiros. A escolaridade mais frequente foi o ensino médio completo com 13 (40,7%). A ocupação mais citada foi a do lar 19 (59,5%).

O puerpério é considerado, por muitas mulheres, como um período difícil, pois exige uma readaptação da puérpera tanto em relação ao bebê quanto às modificações em seu corpo (ACOSTO *et al.*, 2012). Desse modo, é importante que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, orientem e incentivem as ações promotoras de saúde para o bem-estar do binômio mãe e filho.

Assistência puerperal tem como objetivos de auxiliar e dar assistência no estabelecimento da unidade familiar, ajudar e apoiar o retorno da mulher ao estado pré-gravídico, avaliar e identificar possíveis anormalidades, orientar a mulher e a família sobre os cuidados com o recém-nascido após a alta do hospital, e orientar a mulher sobre seu autocuidado (KANO, 2010).

No município onde se realizou o estudo a maioria das mulheres participantes encontra-se na idade reprodutiva adequada. Estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2008 aponta que a idade fértil das mulheres brasileiras está entre 24 a 33 anos (BRASIL, 2008). Um aspecto importante para ser destacado diz respeito ao número pequeno de puérperas adolescentes. Acreditamos que este resultado se deve ao fato de que estas mulheres se encontram na zona urbana do município

Pode-se perceber que as participantes têm a sua família instituída na sociedade. A inclusão da família como foco, de atuação na política de saúde, como propõe o ESF, entende a família como participante do processo assistencial de saúde, definindo o domicílio como um espaço social e histórico onde são construídas as relações intra e extrafamiliar e no qual ocorrem as lutas pela sobrevivência, pela produção e reprodução (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1994; BRASIL, 1996).

No estudo de Barreto e Oliveira (2010) o estado civil casado foi o mais frequente seguido da relação estável, ou seja, apesar de não serem casadas, moravam junto com seus parceiros. Os dados da presente pesquisa corroboram com estudo citado anteriormente, pois a maioria das participantes era casada.

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que quanto mais a mulher estuda menos filho tem, revelando que mulheres com até sete anos de escolaridade têm quase o dobro de filhos do que aquelas que estudaram oito anos ou mais. A pesquisa revelou que mulheres com

menos de sete anos de estudo têm filhos mais cedo, a maioria entre 20 e 24 anos (37% do total). Entre as adolescentes, com idade de 15 a 19 anos, que têm menos de sete anos de estudo, 20,3% são mães (IBGE, 2015).

A admissão das mulheres no mercado de trabalho, considerada um aspecto de sua autonomia, é analisada a partir da taxa de atividade, taxa de formalização dos trabalhadores, nível de instrução da população ocupada, e nível de ocupação das mulheres com filhos pequenos relacionada ao acesso à creche. A taxa de atividade mostra a proporção da população em idade ativa que se encontra trabalhando ou procurando trabalho. Em 2010, a taxa de atividade das mulheres era de 54,6% enquanto que a dos homens era de 75,7%. Comparado a 2000, a taxa de atividade das mulheres cresceu em 4,5 pontos percentuais e a dos homens diminuiu em 4 pontos. A variação entre mulheres e homens, ainda que ampla, diminuiu nos últimos dez anos. As mulheres aumentaram sua participação no mercado de trabalho, enquanto que aumentou a taxa dos homens considerados inativos, sobretudo na faixa de 16 a 29 anos (IBGE, 2015).

Em nossa pesquisa foi observado que as mulheres participantes têm a ocupação do lar como a mais citada. O trabalho doméstico, exercido predominantemente pelas mulheres, é uma atividade histórica e culturalmente ligada às habilidades consideradas femininas.

A tabela abaixo apresenta a descrição das condições clínico obstétricas das mães participantes deste estudo.

**Tabela 2 – Descrição das condições clínico obstétricas das mães,
Quixeré-CE, 2016.**

Variáveis maternas	N	%	MÉDIA (DP)
Duração da gestação (semanas)			38,87 (\pm 0,75)
37	1	3,1	
38 – 39	25	78,1	
40	6	18,8	
Consulta Pré-natal			
Até 8	9	28,1	9,78 (\pm 1,97)
Mais de 9	23	71,9	
Número de filhos			
Um	24	75,0	
Dois	8	25,0	
Local do Pré-natal			
UBS 1	5	15,6	
UBS 2	14	43,8	
UBS3	13	40,6	
Problemas na gestação*			
Infecção do trato urinário	6	18,8	
Sangramento	2	6,2	
Ansiedade	2	6,2	
Anemia	1	3,1	
Hipertensão Arterial Sistêmica	1	3,1	
Sem alterações	21	65,6	
Gravidez planejada			
Sim	18	56,2	
Não	14	43,8	
Tipo de parto			
Cesárea	21	65,6	
Vaginal	11	34,4	

Fonte: Elaborado pela autora. *Obteve-se mais de um resultado.

Na tabela 2 a duração da gestação entre as mulheres ficou entre 38 a 39 semanas, no total de 25 (78,1%). Em relação ao número de consultas no pré-natal a maioria realizou mais de nove consultas, 23 (71,9%). Quanto ao número de filhos das participantes a maioria tinha somente um, sendo 24 mulheres (75%). Quanto ao local de realização do pré-natal na UBS2 foram realizadas 14 (43,7%) consultas e a

UBS3 13 (40,6%). Registrou-se problemas na gestação, sendo a infecção do trato urinário mais referida, no total de 6 (18,8%). Sem alterações na gestação 21 mulheres não referiram nenhum problema. A maioria das participantes planejou a gravidez, no total de 18 (56,2%). O tipo de parto mais realizado foi o parto cesáreo, no total de 21 (65,6%).

O tempo de gestação em nosso estudo foi entre 38 e 39 semanas, retratando uma gestação a termo. Sabe-se que a gestação a termo é benéfica tanto para mãe quanto para o recém-nascido, pois favorece que as alterações ocorram de uma forma fisiológica.

Após o diagnóstico da gravidez, a mulher deve ser orientada a iniciar o pré-natal o quanto antes pelo profissional enfermeiro ou médico, que irá orientar a mulher quanto aos cuidados que ela deverá tomar durante a gravidez. O estudo realizado com dez puérperas de duas unidades de saúde do município de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, pode-se observar que sete das mulheres entrevistadas tiveram um número de consultas de pré-natal menor do que o mínimo exigido pelo MS, o que pode prejudicar a assistência à gestante (GOMES; NEVES, 2011).

Em nosso estudo constatou-se que as consultas do pré-natal são realizadas pelas gestantes. Na primeira consulta realizada pelo enfermeiro, a gestante recebe orientações sobre o que é o pré-natal e as rotinas de consultas mínimas necessárias ao desenvolvimento saudável da gestação. Foi evidenciado que a maior parte realizou mais de nove consultas de pré-natal. Isso demonstra uma boa adesão às consultas no município. Sabe-se que serviços com uma boa estrutura organizacional e com profissionais capacitados pode-se oferecer uma assistência com qualidade.

O Ministério da Saúde preconiza que o número de consultas no pré-natal deve ser de no mínimo seis consultas, sendo uma realizada no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação (BRASIL, 2012). O ideal é que a mulher inicie o pré-natal assim que confirmar a gravidez e que tenha seis consultas durante o período gestacional e uma sétima no puerpério. É importante que ao constatar a gravidez, a mulher procure o mais rápido um serviço de saúde para já começar o vínculo com os serviços de saúde para fazer os primeiros exames, tomar as vacinas e ter as devidas orientações (BRASIL, 2012).

Dados do IBGE mostram que o Brasil está longe de ter um pré-natal ideal quando se fala em número de consultas, com um índice de 42,4% de mulheres que

parem sem passar por ao menos seis consultas com um profissional de saúde. A diretriz nacional sugere que a mulher passe por seis consultas durante a gestação, o que ainda não ocorre em todo território nacional (IBGE, 2015).

Quanto ao número de filhos nossa pesquisa mostrou que a maior parte das mulheres estava com um filho somente, que apenas oito mães tinham dois filhos. Isso retrata um controle maior da natalidade por parte das mulheres

As UBS 2 e 3 respectivamente, contaram com um número significativo de participantes na pesquisa em relação à UBS 1. Isso ocorreu devido o número de famílias destas áreas serem maiores.

As infecções urinárias representam as infecções bacterianas mais frequentes da gravidez. Cerca de 20% complicam, sendo responsáveis por 10% dos internamentos durante a gravidez (BRASIL, 2012). No estudo de MATA *et al.*, (2014), realizado na Maternidade Mariano Teixeira do Hospital Universitário Alberto Antunes, em Maceió, com 80 gestantes, verificou-se que 57,50% das gestantes tiveram como complicação o trabalho de parto prematuro.

A infecção do trato urinário na gestação é comum em mulheres jovens, que representa a complicação clínica mais frequente durante a gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado com 2.556 gestantes em 2007 na cidade do Rio Grande, RS, comprovou que as gestantes desenvolveram Infecção do Trato Urinário (ITU), destas 36,9% relataram pelo menos um episódio de ITU durante o período gestacional. Segundo Montenegro, um quinto das gestantes desenvolve Infecção do Trato Urinário (BRASIL, 2005).

No nosso estudo, em relação aos problemas apresentados durante a gestação, pouco mais da metade das mulheres não tiveram alterações na sua saúde. Entretanto, a infecção do trato urinário foi uma das alterações presentes entre as participantes. Durante o pré-natal as gestantes realizam exames laboratoriais no primeiro e terceiro trimestre, que detectam patologias agudas ou crônicas, que ao serem descobertas, são tratadas de acordo com sua etiologia.

As infecções do trato urinário representam as infecções bacterianas mais frequentes da gravidez, estando associadas à morbidade materna e Perinatal expressivas. Incluem a bacteriúria assintomática, a entidade clínica mais prevalente, e as infecções urinárias sintomáticas: cistite aguda e pielonefrite aguda. A *E. coli* é o agente etiológico mais comum, sendo responsável por 70-80% dos casos. A bacteriúria assintomática atinge 2-10% das mulheres grávidas, 30% das quais desenvolverão pielonefrite aguda senão forem tratadas (FIGUEIREDO; GOMES; CAMPOS, 2012).

Adolescentes são consideradas um grupo vulnerável quando o contexto é gestação não planejada. Um levantamento feito com cerca de 24 mil grávidas em todo o Brasil revelou que, entre as adolescentes, dois terços não desejavam a gravidez e 3,4% relataram ter tentado interromper a gestação (Brasil, 2015). Alguns fatores que podem ajudar a explicar a falta de adesão aos métodos contraceptivos são: menor conhecimento sobre o corpo e fertilidade, sensação de poder e o pensamento mágico de que “comigo não vai acontecer”, relacionamentos não estáveis, vergonha ou falta de coragem de negociar a prevenção. Estudo realizado com adolescentes universitárias de São Paulo mostrou que 54,3% se esquecem de tomar mais de três pílulas durante o mês (ALVES; LOPES, 2008; FINOTTI, 2010).

Sabe-se que, do total das gestações, pelo menos a metade não é inicialmente planejada, embora ela possa ser desejada. No entanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre usualmente com as adolescentes (BRASIL, 2012).

O planejamento da gravidez ainda não é um evento frequente mesmo com a ampliação de informações e acesso aos métodos contraceptivos. No estudo realizado com 126 mulheres de 18 a 42 anos de idade, usuárias das unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família do município de Marília, Estado de São Paulo, mostrou que a prevalência da gravidez é 33,3% (BORGES *et al.*, 2011).

Em outro estudo realizado em áreas de cobertura de ESF em Salvador – BA, desenvolvido em 10 Unidades de Saúde da Família, verificou-se uma prevalência de 66,5% de gravidez não planejada. As mulheres grávidas participantes desta pesquisa eram relativamente jovens (COELHO *et al.*, 2012).

A regulamentação do planejamento familiar no Brasil, por meio da Lei nº 9.263/96, foi uma conquista importante para mulheres e homens no que diz respeito

à afirmação dos direitos reprodutivos. Segundo consta na referida lei, o planejamento familiar é percebido como o conjunto de ações de regulação da fecundidade, de forma que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da família pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 2012).

No nosso estudo a metade das participantes teve a gestação planejada. O desejo e a intenção de engravidar são elementos que compõem o planejamento de uma gravidez. A gravidez planejada garante uma gestação saudável para a mãe e o bebê, proporcionando à futura mãe a possibilidade de realizar todos os exames necessários para se ter uma gestação saudável e segura, além de permitir que todos os cuidados sejam tomados antes de gerar o bebê.

A pesquisa *Nascer no Brasil* coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) revelou que o Brasil tem índices elevados de cirurgias cesarianas, e no setor privado é ainda maior. O estudo, o maior já obtido sobre parto e nascimento no Brasil, evidenciou que a cesariana é realizada em 52% dos nascimentos, sendo que, no setor privado, o índice é de 88%. A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que apenas 15% dos partos sejam realizados por meio desse procedimento cirúrgico. Segundo a coordenadora da pesquisa, os partos cesáreos expõem as mulheres e os bebês aos riscos e efeitos adversos no parto e nascimento (BRASIL, 2015; LANSKY *et al.*, 2014; LEAL, 2014).

Em estudo desenvolvido em uma clínica obstétrica particular com 43 puérperas, o tipo de parto realizado apresentou significância estatística, constatando-se o predomínio de parto cesáreo com 65,12% (MUNHOZ; SCHMDT; FONTES, 2015).

Em nosso estudo, o número de parto cesáreo predominou com 65,6% em relação ao parto vaginal 34,4%. As vantagens do parto normal para a mãe incluem uma recuperação mais rápida e um menor tempo de internamento hospitalar.

A tabela abaixo apresenta a descrição das características dos recém-nascidos deste estudo.

**Tabela 3– Descrição das características dos recém-nascidos,
Quixeré-CE, 2016.**

Variáveis do Recém-nascido	N	%	MÉDIA (DP)
Sexo			
Masculino	16	50,0	
Feminino	16	50,0	
Peso (gramas)			
2500 -3000	8	25,0	32,05 (\pm 397,77)
3001- 3500	15	46,8	
>3.500	9	28,2	
Dias de vida do RN na visita			
1 a 5	10	31,2	6,46 (\pm 1,95)
6 a 10	22	68,8	

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à tabela 3, observou-se o nascimento de 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Quanto ao peso predominou crianças com peso de 3001 a 3500 gramas, no total de 15 crianças (15,8%). A entrevista com as participantes que mais ocorreu foi com os bebês com 6 a 10 dias de vida dos recém-nascidos, no total de 22 (68,8%).

Estudos apontam que no Brasil o nascimento de recém-nascidos do sexo masculino é mais frequente (SILVA; FERRAZ; BUSATO, 2016). No presente estudo não se obteve diferença entre os grupos. Nos estudos de Schaefer (2014) e Lima *et al.*, (2015) a frequência de nascimento dos RNs foi do sexo masculino, 57,4% e 53,14%, respectivamente.

O peso é outra variável importante a ser avaliada após o nascimento. Entre as 37a e 42a semanas de gravidez, os recém-nascidos costumam pesar entre 2,5 e 4 kg, em média 3,5 kg. Estudo realizado por Rodrigues *et al.*, (2014) constatou que a maioria dos recém-nascidos vivos apresentou peso adequado. Este achado foi semelhante ao de outros estudos, em que se observou que a maior parte dos NV se encontrava com peso entre 3.000 e 3.999g, o que favorece uma adequação à vida extra-uterina (ROCHA, 2015; CALDEIRÃO, 2014).

O enfermeiro dentro da equipe multiprofissional desenvolve atividades de promoção da saúde abrangendo a puérpera e o recém-nascido. Segundo o Ministério da Saúde a visita domiciliar ao recém-nascido deve ser realizada

preferencialmente até o sétimo dia (BRASIL, 2012). A maioria das visitas no município ocorreu entre seis a dez dias. Acredita-se que a falta de transporte tenha contribuído para a demora nas visitas. Outro aspecto identificado é o tempo de permanência da puérpera na unidade hospitalar por problemas de saúde tanto da mãe quanto do recém-nascido.

As visitas domiciliares puerperais realizadas com agendamento prévio do ACS, requer planejamento por parte da equipe de forma que o cumprimento da visita seja feito de acordo com o que a Rede Cegonha preconiza. A visita deverá ser realizada o mais precoce possível, na primeira semana, para garantir assistência ao recém-nascido. No estudo de Cavalcante *et al.*, (2012), mostrou que as puérperas e recém-nascidos receberam a visita em 55,6% dos casos até sete dias após o parto e 30,5% em até 15 dias.

Outro estudo sobre a avaliação da satisfação das usuárias sobre a atenção à saúde da mulher no Rio Grande do Norte apontou que 62,1% das visitas e consultas puerperais foram realizadas na primeira semana e 20,4% na segunda semana (VIEIRA, 2010).

A tabela 4 apresenta as orientações realizadas pelos profissionais de saúde no pré-natal e na alta hospitalar.

Tabela 4 - Descrição das orientações fornecidas a mulher no pré-natal e puerpério, Quixeré-CE, 2016.

Orientações	N	%
Profissional no Pré-natal*		
Enfermeira	31	96,8
Dentista	8	25,0
Médico	3	9,3
Agente comunitário de saúde	2	6,2
Assistente social	1	3,1
Tipos de orientações no Pré-natal*		
Aleitamento materno	30	93,7
Banho do bebê	16	50,0
Higiene oral	9	28,1
Higiene umbilical	5	15,6
Banho de sol	2	6,2
Sono	1	3,1
Arroto	1	3,1
Orientações na alta hospitalar		
Sim	21	65,6
Não	11	34,4
Profissional que forneceu a informação na alta hospitalar		
Médico	11	34,4
Enfermeiro	10	31,2
Técnico de enfermagem	1	3,1
Sem informação	11	34,4
Orientações*		
Aleitamento materno	18	56,2
Cuidado com o coto umbilical	6	18,7
Banho do recém-nascido	3	9,3
Banho de sol	2	6,2
Alimentação complementar	1	3,1
Registro do recém-nascido	1	3,1
Cólicas	1	3,1
Choro	1	3,1

Fonte: Elaborado pela autora. *Obteve-se mais de um profissional informando.

A tabela 4 mostra que todas as participantes receberam orientações no pré-natal. Em relação ao profissional que mais orientou durante o pré-natal, a maioria foi dada pelo enfermeiro no total de 31 (96,8%), seguida por dentista 8

(25%). O tema aleitamento materno foi citado na maioria com 30 (93,7%). O banho do bebê foi citado por 16 (50%) das participantes. Na alta hospitalar observou-se que a maioria recebeu orientações, no total de 21 mães (65,6%).

Os profissionais que se destacaram com as orientações foram médicos e enfermeiros, no total de 11(34,4%) e 10(31,2%), respectivamente. Mães relataram não ter recebido nenhuma orientação durante a alta, no total de 11 (34,4%). Quanto ao tema das orientações no puerpério, a maioria foi sobre aleitamento materno 18 (56,2%). O cuidado com o coto umbilical foi a segunda orientação mais citada 6 (18,7%). O banho do recém-nascido foi citado por apenas 3 profissionais (9,3%).

Sabe-se que são muitas as informações recebidas pelas mães antes e após o nascimento do seu filho. Cabe aos profissionais buscar estratégias para ajudar as mães na realização do cuidado com o recém-nascido.

Neste sentido, o cuidado da equipe de saúde surge como base para a prevenção de complicações, por meio do apoio social físico, emocional e informacional, este último reforçando orientações que contribuam com as condições para mulher cuidar de si e do seu filho (RODRIGUES *et al.*, 2014). Destaca-se a possibilidade de as mães buscarem outros meios de informação, como amigas, livros, revistas, internet, televisão a cabo e palestras (FRANCISQUINI *et al.*, 2010).

No estudo sobre a importância da conscientização das puérperas sobre os cuidados prestados aos recém-nascidos nas maternidades, mostrou que as mães necessitam de orientações quanto aos cuidados básicos ao neonato, sendo a equipe de enfermagem responsável pela informação desses cuidados iniciais, colaborando para melhorar o elo afetivo entre mãe e o bebê (ANDREATTA; KURZ; CARDOSO, 2011).

No estudo realizado com puérperas numa maternidade, mostrou que em relação à assistência pré-natal, as puérperas demonstraram a satisfação do atendimento pelos profissionais de saúde, sobre as orientações e informações ensinadas por meio de palestras e consultas. Percebeu-se que os profissionais na consulta de pré-natal estão procurando desempenhar, o seu papel de educador e promotor da saúde (CASTRO; MOURA; SILVA, 2010).

A tabela a seguir apresenta as dificuldades das mães ao chegar no ambiente domiciliar.

Tabela 5 – Descrição das dificuldades apresentadas pelas mães ao chegar em domicílio, Quixeré-CE, 2016.

Dificuldades	N	%
Banho	24	75,0
Higienização do coto umbilical	21	65,6
Amamentação	10	31,2
Arroto	5	15,6
Soluço	3	9,3
Cólica	2	6,2
Choro	1	3,1
Engasgo	1	3,1
Higiene oral	1	3,1

Fonte: Elaborado pela autora. *Obteve-se mais de uma opção

Em relação à tabela 5 a maior parte das dificuldades citadas pelas mães ao chegar em casa, foi quanto ao banho do bebê no total de 24 (75%). A higienização do coto umbilical foi a segunda dificuldade citada, no total de 21 (65,6%), em seguida o aleitamento materno citado por 10 participantes (31,2%).

Em estudo realizado com mães multíparas e nulíparas percebeu-se que as dificuldades apresentadas foram com amamentação, cuidados com umbigo, banho e cuidados com a roupa do bebê (MUNHOZ; SCHMDT; FONTES, 2015). Em nosso estudo destacou-se o banho, cuidados com umbigo e amamentação. Vale ressaltar que os cuidados na primeira semana de vida do bebê são realizados normalmente pela mãe.

O banho foi citado como um dos cuidados que requer maior atenção por parte da mãe. Percebeu-se a insegurança neste cuidado durante a visita domiciliar. As mães relataram dificuldades em segurar o bebê durante o banho, por medo de o bebê cair imerso na banheira. Isso favorece riscos de queda e entrada de água no canal auditivo.

Esse é um momento importante para a relação de cuidado, no entanto, a mãe pode transmitir segurança e amor para o bebê, permitindo cuidar da higienização, identificar alteração e conversar, facilitando o exercício da maternidade e aumentando o vínculo, ou medo por estar experimentando novas experiências (SILVA *et al.*, 2015).

Quanto ao cuidado com o coto umbilical nosso estudo revelou que as dificuldades relatadas pelas mães foram como realizar a limpeza e o que colocar no local. O medo de manipular o coto umbilical e realizar corretamente a limpeza foi relatado como uma das dificuldades das puérperas no estudo (MUNHOZ; SCHMDT; FONTES, 2015). Estas dificuldades são muito evidentes na primeira semana de vida do recém-nascido.

No estudo sobre a assistência domiciliar puerperal na Estratégia Saúde da Família, realizado em dez visitas domiciliares, revelou que os problemas mais evidenciados foram relacionados à amamentação. Dificuldades na amamentação podem contribuir para que a mãe se sinta receosa e desestimulada, desmamando seu filho precocemente (ROCHA; CORDEIRO, 2015).

No estudo de Silva *et al.*, (2012), sobre o manejo das cólicas nos bebês, mostrou que as cólicas nos recém-nascidos é uma das maiores queixas e dúvidas das mães durante os primeiros três meses de vida do RN.

Tabela 6 – Descrição das sugestões apresentadas pelas mães para a confecção da cartilha, Quixeré-CE, 2016.

Sugestões para cartilha	N	%
Banho	31	96,8
Higiene do coto umbilical	25	78,1
Amamentação	18	56,2
Arroto	14	43,7
Cólica	7	21,8
Choro do bebê	5	15,6
Soluço	5	15,6
Sono e repouso	3	9,3
Engasgo	2	6,2
Banho de sol	1	3,1

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 6 mostra as sugestões que as participantes fizeram para a confecção da cartilha, sendo a grande maioria de sugestões para o tema banho do bebê no total de 31 (96,8%), em segundo o tema sugerido foi higiene do coto umbilical com 25 (78,1%). O tema aleitamento materno foi o terceiro mais citado por 18 participantes (56,2%).

A seleção do conteúdo para a elaboração da cartilha resultou de um estudo para identificação das dúvidas que as mães relataram. Esta abordagem foi importante, pois possibilitou a contribuição ativa com suas dúvidas e sugestões para construção do material educativo.

As tecnologias vêm sendo planejadas e implementadas para colaborar com o conhecimento e melhorar a qualidade da assistência na área de enfermagem. O uso destas tecnologias tem proporcionado às puérperas conhecimentos para promoção do autocuidado e cuidados com o bebê (BARBOSA *et al.*, 2016)

No estudo de Dodt *et al.*, (2013), após a aplicação de uma tecnologia educativa álbum seriado intitulado “Eu posso amamentar o meu filho”, na enfermaria do Alojamento Conjunto, pode-se observar que as ações educativas pautadas na autoeficácia foram relevantes para o apoio da prática do aleitamento materno.

Numa pesquisa realizada com o objetivo de analisar o conhecimento de puérperas sobre aleitamento materno, apontou que o nível de informações das mães a respeito do aleitamento materno é satisfatório. Neste estudo realizado com 71 puérperas ainda na maternidade, verificou-se que 65,7% das mães sabiam da importância do aleitamento materno até os 6 meses de idade. No entanto a pesquisa mostrou que 15,2% das mães entrevistadas acreditam que exista leite fraco (BOFF *et al.*, 2015).

Dentre os problemas identificados, a cólica foi citada como uma das situações clínicas presentes na criança. A cólica no RN está presente no primeiro trimestre de vida do bebê (SILVA *et al.*, 2012). Deste modo as massagens abdominais e uso de compressas mornas são medidas orientadas para o alívio das cólicas no RN (ROCHA; CORDEIRO, 2015).

Estudo realizado no alojamento conjunto de um hospital universitário no Rio de Janeiro, com 10 mães, comprovou que o conhecimento das mães sobre os métodos para o alívio de cólicas e gases foi diversificado, confirmando a forte cultura quanto ao uso de métodos fitoterápicos ou farmacológicos, a maioria sem orientação do profissional de saúde. Percebeu-se que algumas mães já conheciam a massagem, mas nem sempre a utilizavam. Os enfermeiros inseriram nos cuidados das mães no alojamento conjunto durante as ações educativas, o ensino da massagem para alívio das cólicas e gases dos recém-nascidos. Desta forma, a ação do enfermeiro na orientação acerca dessa prática pôde contribuir para a redução do uso indiscriminado de fármacos e permitir às mães desenvolverem um toque

acolhedor, resolutivo e acalentador tão necessário ao bebê em situações de dor além de fortalecer o vínculo mãe e bebê (RAMOS *et al.*,2014).

O estudo realizado com 29 mães na consulta de crescimento e desenvolvimento no ambulatório de pediatria de um hospital universitário, do Rio de Janeiro, verificou que 51,7% (15) das crianças apresentaram cólica nos três primeiros meses de vida. A cólica esteve frequente nos lactentes de ambos os sexos, independentemente do tipo de parto e da idade gestacional, sendo comum apresentarem eventos nos primeiros quinze dias de vida (CHRISTOFFEL *et al.*, 2013).

O aconselhamento fornecido por um profissional de saúde é eficaz na redução de sintomas clínicos infantis. Na tentativa de acalmar um bebê com cólica, os pais e familiares devem estar atentos para as preferências de seu bebê. Alguns se sentem bem quando são embalados, outros preferem as músicas suaves. Carregar o bebê aconchegado ao peito nas primeiras horas do dia, quando ele não está chorando, reduz a duração das crises de choro.

A tabela 7 a seguir apresenta a caracterização dos especialistas participantes na avaliação da cartilha educativa sobre cuidados ao recém-nascido.

Tabela 7 - Características dos especialistas participantes, Fortaleza-CE, 2016.

Características	N	%
Idade (anos)		
≤45	02	22,3
>45	07	77,7
Profissão		
Enfermeiro	06	66,6
Médico	03	33,4
Titulação		
Doutor	02	22,3
Mestre	01	11,1
Especialista	06	66,6
Tempo de Formação (anos)		
≤10	01	11,1
>10	08	88,9
Local de trabalho*		
Hospital	04	44,4
Policlínica e Secretaria Municipal de Saúde	01	11,1
Unidade Básica de Saúde	03	33,4
Universidade	01	11,1
Hospital e Universidade	01	11,1

Fonte: Elaborado pela autora. *Obteve-se mais de um resultado.

De acordo com a tabela 7, a maior parte dos juízes encontrava-se com idade acima de 45 anos, sete (77,7%). Dentre as profissões foram mais representativos os profissionais enfermeiros, seis (66,6%). Em relação à titulação acadêmica, pouco mais da metade era especialista, seis (66,6%). Quanto ao tempo de formação, percebeu-se que a maioria tinha mais de dez anos (88,9%). Dentre os locais de trabalho destacaram-se o hospital, quatro (44,4%) e unidade básica de saúde, três (33,4%).

A tabela 8 apresenta a descrição da formação dos juízes participantes da valoração da cartilha educativa sobre as orientações de cuidados ao recém-nascido na visita domiciliar, de acordo com os critérios de seleção, anteriormente descritos.

Tabela 8 - Descrição da formação dos juízes participantes, Fortaleza-CE, 2016.

Formação	N	%
Tempo de experiência em Saúde da Família (anos)		
≤10 anos	04	44,4
>10 anos	04	44,4
Sem experiência	01	11,2
Publicação na área		
Sim	01	11,1
Não	08	88,9
Curso na área nos últimos cinco anos		
Sim	07	77,7
Não	02	22,3
Experiência com validação de material educativo		
Sim	04	44,4
Não	05	55,6

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a tabela 8, em relação ao tempo de experiência na área em Saúde da Família, mostrou que quatro profissionais tinham menos de 10 anos de experiência (44,4%) e quatro juízes continham mais de 10 anos com experiência na área. Dos nove juízes participantes deste estudo, a maioria mostrou que não tem publicações na área, oito (88,9%). Em relação a ter curso na área nos últimos cinco anos, indicou que a maior parte, sete (77,7%) tem curso. Percebeu-se que cinco profissionais não têm experiência com material educativo (55,6%).

Para participar desta etapa de validação, os juízes devem ser considerados peritos na área da tecnologia construída. A avaliação consiste em indicar se os itens se referem aos objetivos propostos do instrumento em questão (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008).

A seguir o quadro 2 apresenta a distribuição das avaliações dos juízes quanto aos objetivos da cartilha.

Os juízes iniciaram a validação avaliando os objetivos da cartilha, os quais se referem aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a

utilização do material educativo. Esta avaliação contemplou quatro itens, que estão descritos no quadro 2, com suas respectivas notas.

Quadro 2– Distribuição das avaliações dos juízes quanto aos objetivos da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.

OBJETIVOS	1	2	3	4	IVC
1.1 as informações/ conteúdos apresentados na cartilha são ou estão coerentes com os cuidados domiciliares do RN?	-	-	1	8	1,0
1.2. Sugerem e/ou instigam a mudanças de comportamento e atitude?	-	-	3	6	1,0
1.3. Pode circular no meio científico?	-	-	2	7	1,0
1.4. Atendem aos objetivos de profissionais e instituições que atendem/trabalham com o RN?	-	-	1	8	1,0

Fonte: Elaborada pela autora.

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

Ressalta-se que todos os especialistas classificaram os itens como adequados e totalmente adequados, obtendo IVC de 1,0 para os objetivos propostos. Neste sentido as informações da cartilha são importantes para o esclarecimento das mães à cerca dos cuidados domiciliares ao RN, e que a tecnologia educativa atende aos objetivos de educação em saúde.

Após análise e avaliação dos objetivos, sucedeu-se a avaliação quanto ao conteúdo da cartilha. Estes se referem ao conteúdo textual quanto à abordagem do tema, se as informações estão corretas, se está disposto em sequência lógica e adequado para a compreensão das mães. O quadro 3 mostra as avaliações dos juízes para este bloco.

Quadro 3– Distribuição das avaliações dos juízes quanto ao conteúdo da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.

CONTEÚDO	1	2	3	4	IVC
2.1 O conteúdo atinge com precisão a abordagem do tema.	-	-	1	8	1,0
2.2 O conteúdo está disposto de forma completa e abrangente.	-	-	3	6	1,0
2.3. As informações apresentadas estão corretas.	-	-	2	7	1,0
2.4. Há sequência lógica do conteúdo.	-	-	-	9	1,0
2.5 O conteúdo é adequado para compreensão das mães.	-	-	3	6	1,0
2.6. As figuras completam a informação do texto.	-	-	4	5	1,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Quanto ao conteúdo avaliado, a cartilha foi validada, visto que todos os itens atingiram um IVC maior de 0,78.

Todos os juízes classificaram os itens como adequados e totalmente adequados, fato que contribui para o processo de validação da cartilha. Nenhum item foi julgado inadequado ou NA (não se aplica). Observa-se que todos os itens foram validados, pois a maioria dos juízes concordou com o teor da cartilha, conferindo um IVC de 1,0 para o conteúdo da cartilha.

O próximo quesito avaliado foi quanto à estrutura e apresentação da cartilha. Neste tópico os juízes avaliaram se a capa é atrativa, se os tópicos estão em sequência lógica, se as informações contidas estão bem estruturadas em concordância e ortografia, se há coerência entre as informações da capa, contracapa e apresentação. Outros itens avaliados pelos juízes foram quanto ao estilo de redação e nível de conhecimento do público alvo, ilustrações e tamanho da letra utilizada.

Quadro 4– Distribuição das avaliações dos juízes quanto à estrutura e apresentação da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.

ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO	1	2	3	4	IVC
3.1 A capa é atraente e indica o conteúdo do material.	-	-	-	9	1,0
3.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos estão adequados	-	-	-	9	1,0
3.3. Os tópicos têm sequência lógica.	-	-	-	9	1,0
3.4. Há coerência entre as informações da capa, contracapa e apresentação.	-	-	-	9	1,0
3.5. As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	-	-	2	7	1,0
3.6 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público alvo.	-	-	3	6	1,0
3.7. As ilustrações são expressivas e suficientes.	-	1	4	4	0,93
3.8 O tamanho da letra da cartilha é adequado	-	-	-	9	1,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Nesta avaliação nenhum item foi julgado inadequado ou NA (não se aplica). Os juízes julgaram os itens como adequados e totalmente adequados na maioria. O IVC quanto à estrutura e apresentação da cartilha foi de 0,99, o que indica a validação da adequação da cartilha ao público alvo.

No entanto o juiz dois considerou o item 3.7 como parcialmente adequado, em relação às ilustrações. Foi sugerida alteração na ilustração do tópico do aleitamento materno e do engasgo. O juiz nove aprovou as ilustrações, mas recomendou o acréscimo de imagens para deixar a cartilha mais expressiva. As sugestões foram consideradas relevantes e positivas, fazendo-se as alterações e acréscimos solicitados, respectivamente.

Dando continuidade, a avaliação quanto à relevância da cartilha foi submetida à apreciação dos juízes. Os resultados desta avaliação são apresentados no quadro 5.

Quadro 5– Distribuição das avaliações dos juízes quanto à relevância da cartilha, Fortaleza-CE, 2016.

RELEVÂNCIA	1	2	3	4	IVC
4.1. Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados.	-	-	-	9	1,0
4.2 A cartilha propõe a construção do conhecimento	-	-	-	9	1,0
4.3. Os itens desenvolvidos são importantes para a prática das mães em domicílio.	-	-	-	9	1,0
4.4 A cartilha está adequada para ser usada pelas mães em domicílio.	-	-	1	8	1,0
4.5. Você se sentiu motivado a ler a cartilha até o final	-	-	-	9	1,0
4.6 A cartilha sugere agir ou pensar a respeito dos cuidados	-	-	-	9	1,0

Fonte: Elaborada pela autora.

Na avaliação da relevância do material educativo, verificou-se que todos os itens foram validados, com IVC maior que 0,78.

Nenhum item foi julgado inadequado ou NA (não se aplica). Todos os juízes classificaram como adequados e totalmente adequados os itens acima, conferindo um IVC de 1,0 para os objetivos propostos quanto à relevância da cartilha.

De acordo com os dados obtidos em cada fase de validação apresentados nos quadros 1, 2, 3 e 4, observou-se que o julgamento realizado pelos juízes técnicos conferiu o IVC global de 0,99ratificando a validação de conteúdo junto aos especialistas.

A seguir, o quadro 6 apresenta a caracterização dos juízes de design e marketing.

Quadro 6 - Caracterização dos Juízes técnicos da validação de aparência da cartilha Fortaleza-CE, 2016.

Participante	Idade	Sexo	Profissão	Formação (Anos)	Tempo de atuação (anos)
J1	31	Masculino	Designer-editor de texto	7	3
J2	37	Masculino	Designer-editor de texto e imagem	15	15
J3	48	Masculino	Designer gráfico	15	15

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com o quadro 6, a idade dos juízes tinha idade mínima de 31 anos e a idade máxima de 48 anos. Em relação ao sexo, todos eram do sexo masculino. Os *designers* participantes tanto atuavam na área de desenho, como na área de diagramação. O tempo mínimo de formação dos juízes foi de sete anos e o máximo de 15 anos. Quanto ao tempo de atuação na área, o tempo mínimo foi de três anos e o máximo foi de 15 anos.

A seguir, o quadro 7 mostra a avaliação desses profissionais.

Quadro 7- Avaliação dos juízes de design e marketing quanto à adequabilidade da cartilha educativa sobre cuidados ao recém-nascido na visita domiciliar, Fortaleza-CE, 2016.

J	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	Escore SAM	%
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	25	96,15
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	26	100,00
3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	23	88,46

Legenda J: juiz.

Fonte: Elaborada pela autora.

O quadro acima apresenta a avaliação pelos juízes de *design e marketing*. Para o cálculo da validação foi utilizado o escore de SAM 23, 25 e 26. A cartilha foi considerada pelos juízes como material superior, 94,87% (70-100%).

Ao concluir a validação com os profissionais de *design e marketing*, reconhecemos a importância dessa etapa para a adequabilidade da cartilha. Não foi sugerido nenhuma mudança.

As sugestões apresentadas ao longo de todos os itens citados pelos juízes especialistas da validação de conteúdo foram acatadas e serão explicitadas no quadro abaixo. O quadro 8 apresenta todas as sugestões dos juízes especialistas.

Quadro 8 – Apresentação das modificações sugeridas pelos especialistas, para construção da cartilha.

Itens	Sugestões
Apresentação	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir “A enfermeira tem observado” por “Os profissionais de saúde”. - Substituir “Vínculo afetivo mãe e filho” por “Vínculo afetivo mãe e bebê”.
Aleitamento Materno	<ul style="list-style-type: none"> - Substituir “Duração da mamada” por “Tempo da mamada”; - Em a “A duração da mamada depende do bebê”, acrescentar: “Porém se ele mamar por poucos minutos e dormir, você deve acordá-lo e estimular que mame mais”. - No item: “Colocar para arrotar”, acrescentar que “O bebê deve ficar elevado, junto ao ombro por 15 minutos, mesmo que arrote antes”. - Em “Aumento do vínculo afetivo”, colocar entre parênteses “Proximidade da mãe e do bebê”. Acrescentar mais uma informação “Na amamentação exclusiva, não é necessário oferecer outros líquidos, como água, chás, etc.”. - Na ilustração da mãe amamentando o bebê, modificar a imagem das mãos “A posição das mãos da mãe deve se apoiar no bumbum da criança”.
Engasgo	<p>Rever a imagem que descreve a criança com engasgo: “Sugiro que a imagem retrate a criança com a cabeça mais baixa que o corpo”, Rever a posição da mão no queixo da criança: “Colocar o queixo e o nariz livre”.</p>
Higiene corporal	<p>Colocar o que é “Regurgitação” entre parênteses. Substituir “Regurgitação” por “Volta do leite pela boca”.</p>
Higienização do coto umbilical	<p>Em “Seu bebê precisa ser avaliado por um profissional”, acrescentar “Profissional de saúde”.</p> <p>Acrescentar que “Haste de algodão seco” é um “Cotonete”.</p> <p>Substituir “Haste de algodão seco” por “Cotonete seco”.</p> <p>Ao descrever “Limpeza do coto umbilical” colocar entre parênteses “Umbigo”.</p>

Cólicas	<p>Acrescentar a informação “As massagens devem ser realizadas antes das mamadas e nunca após (imediate) ”;</p> <p>Acrescentar: “Pode dar banhos mornos”.</p>
Soluço	<p>Substituir “Soluço de estômago cheio” por “Soluço do estômago cheio”. Substituir “Soluço de estômago vazio” por “Soluço do estômago vazio”.</p>
Choro	<p>Acrescentar uma imagem do bebê para ilustrar.</p>
Sono e posição para dormir	<p>Acrescentar 01 figura com a posição recomendada para o bebê dormir.</p> <p>Acrescentar um item com os cuidados que a mãe deve ter se o bebê dormir em rede.</p>
Troca de fraldas	<p>Incluir que “O uso de lenços umedecidos pode favorecer o aparecimento de assaduras, pois em geral este produto contém álcool e a pele do bebê é muito sensível”;</p> <p>Incluir quais os “sinais da pele com assaduras e o que a mãe deve fazer”.</p>
Acréscimos feitos na cartilha	<p>“Após a visita o bebê ficará agendado para a 1ª consulta de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento”.</p> <p>Realizar o teste do pezinho, para triagem neonatal, deverá ser realizado, preferencialmente, a partir do 3º até o 7º dia de vida (BRASIL, 2014).</p> <p>Acrescentar “Observar sinais de perigo: não consegue beber ou mamar, apresenta vômito, convulsões (tremores) ou se o bebê está largadinho” (AIDPI, 2012).</p> <p>Em caso de uso da rede, a mãe deve ter o cuidado de não deixar o bebê muito tempo sem dar atenção ou brincar. (AIDPI, 2012).</p> <p>Acrescentar item sobre cuidados na prevenção de quedas, já que o trauma é uma situação que pode gerar incapacidades ou até a morte:</p> <p>Evitar colocar o bebê na cama sem proteção;</p> <p>Não deixar crianças menores pegar o bebê no colo pelo risco de queda; ao pegar o bebê para amamentar durante a noite, ter o cuidado para não adormecer com o bebê no braço.</p>

	Finalizar a cartilha informando sobre a importância do relacionamento com a equipe de Saúde da Família por meio do Agente Comunitário de Saúde, do Enfermeiro, do Médico de Família, enfim todos que fazem parte da equipe, deixando um canal aberto entre práticas domiciliares e práticas dos serviços de saúde.
--	--

Fonte: Elaborada pela autora.

As sugestões dos peritos foram incorporadas na cartilha. Elas se referiam às informações e às ilustrações discriminadas segundo o assunto. As sugestões foram valiosas para o aprimoramento do material, a linguagem mais acessível, as ilustrações mais expressivas, tornando o material mais atraente e adequado ao público alvo. Foram sugeridos alguns acréscimos na cartilha de contribuições relevantes, que foram prontamente atendidas.

Em decisão com a orientadora, as sugestões foram acatadas e realizadas as devidas alterações para proceder a validação da tecnologia educativa construída no estudo.

Ao final da avaliação, os juízes acrescentaram no espaço destinado aos comentários da cartilha elogios, como será apresentado posteriormente.

Após a análise das sugestões, observou-se que o material construído foi elogiado pelos juízes de conteúdo, como se observa a seguir. O quadro 9 apresenta a percepção dos juízes sobre a tecnologia.

Quadro 9- Percepção dos juízes sobre a tecnologia produzida, Fortaleza-CE, 2016.

JUÍZES	COMENTÁRIOS
J1	“Achei muito bom o material. A capa está muito atrativa. Adorei as figuras também. Parabéns! ”
J2	“Está bom, simples (no sentido da compreensão da família) e educativo”.
J3	“O material educativo foi bem elaborado. Será muito útil para as mães e cuidadores no domicílio”.
J4	“Material educativo de grande relevância para a prática assistencial e apoio às mães no cuidado do RN. Sucinto, direto e bem estruturado favorecendo a prática educativa”.
J5	“Um instrumento valorativo, que só tende a ajudar mães a cuidarem de seus filhos de uma forma prática e correta. Muito oportuno para um momento em que as mães irão estar em grandes conflitos, muitas sem saber como cuidar de seus filhos”.
J6	“Totalmente coerente com a proposta do trabalho e com certeza será de grande utilidade na prática diária dos que fazem a Atenção Primária”.
J7	“Conteúdo da cartilha está dentro da realidade de cuidados prestados pelas mães durante os primeiros dias de vida do recém-nascido. Cartilha bem elaborada, de fácil compreensão para as mães auxiliando nas dúvidas relacionadas às prestações dos cuidados ao recém-nascido, com ilustrações dentro dos temas citados, capa atrativa e com redação objetiva nos estimulando a leitura até o fim”.
J8	Não apresentou comentário.
J9	“Material rico com ilustrações excelentes e muito educativo que com certeza ajudará as mães nessa fase inicial e repleta de dúvidas da maternidade. Parabéns pela construção da cartilha”.

Fonte: Elaborada pela autora.

Todos os juízes fizeram uma avaliação positiva do material analisado. Apenas o juiz oito não apresentou nenhum comentário a respeito da cartilha. Alguns consideraram importante a construção deste recurso educativo, com a participação ativa dos usuários dos serviços de atenção à saúde da mulher, as puérperas. Avaliaram que o trabalho estava bem elaborado e apresentava elementos importantes para a abordagem de temas relacionados à promoção da saúde, e cuidados ao recém-nascido. Assim, consideraram um material de apoio às mães para amenizar problemas surgidos quanto aos cuidados do recém-nascido, que podem ser utilizados pela mulher e seus familiares em outros momentos da vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a assistência ao pré-natal, o profissional de saúde, através das oficinas, roda de conversa e palestras com grupo de gestantes, realizam atividades educativas a fim de auxiliar no conhecimento e dar suporte às possíveis dificuldades relatadas pelas mães. No entanto, percebeu-se na prática, durante a visita domiciliar das puérperas, a insegurança das mães em realizar os cuidados necessários ao recém-nascido. Esses cuidados como o banho, amamentação e higiene do coto umbilical exigem tempo e trabalho da mãe. Essa sobrecarga com os cuidados com o seu filho pode causar ansiedade e medo.

A partir desta realidade, vimos a necessidade de elaborar um material com enfoque na orientação e preparação das mães quanto aos cuidados. A criação de uma tecnologia para o cuidado com base nestas dificuldades apresentadas pelas puérperas, resultou na elaboração da cartilha com o intuito de favorecer as mães, orientações e esclarecimentos importantes sobre as atividades realizadas com o bebê.

A experiência da construção desta cartilha educativa, realizada mediante processo participativo das puérperas, demonstrou que o desenvolvimento deste processo é viável e pode ser aplicado na elaboração de materiais educativos destinados à educação e promoção da saúde.

Os cuidados e orientações foram recomendados em função de sua eficácia comprovada cientificamente, pois cada vez mais tem se defendido que as práticas em saúde devem estar pautadas nas melhores evidências, buscando recomendar aquelas que tenham eficácia comprovada.

A participação dos peritos na validação da cartilha possibilitou um ajuste do conteúdo deste trabalho, que contribuiriam com sugestões a partir de suas experiências profissionais. Considerou-se que realização dessa etapa foi importante para o aperfeiçoamento do material, tendo em vista os diferentes níveis de formação desses juízes.

O estudo possibilitou a identificação de dúvidas apresentadas pelas puérperas nos cuidados prestados ao recém-nascido nos seus primeiros dias de vida. Espera-se que esta cartilha seja um instrumento importante para uma nova dimensão em que se propõe o conhecimento das puérperas, com a certeza de que a utilização possa contribuir com a melhoria das práticas de cuidados.

Como limitações do estudo, a pesquisadora precisou adequar o dia da visita com a disponibilidade de transporte, que por vezes não estava apto para o deslocamento até o domicílio da puérpera, no tempo previsto de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza para realização da visita puerperal.

7 RECOMENDAÇÕES

Considerando-se os achados do estudo, recomenda-se que para melhorar a assistência no pré-natal, fazem-se necessárias práticas educativas com aprofundamento dos cuidados ao recém-nascido, ainda durante o período gestacional, de forma a preparar e deixar a futura mãe mais orientada.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, L. A. Atenção e cuidado em saúde no ambiente familiar: aspecto da visita domiciliar. **Revista APS**, v. 14, n. 4, p. 472-480, out. /dez. 2011.

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; KERBER, N. P. C.; COSTA, C. F. S. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.46, v. 6, p.1327-33, 2012.

ÁFIO, A. C. E.; BALBINO, A. C.; ALVES, M.D.S.; CARVALHO, L. V.; SANTOS, M. C. L.; OLIVEIRA, N. R. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 1, p. 158-165, 2014.

ALMEIDA, M. S.; SILVA, I. A. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, n. 42, v.2, p.347-54, 2008.

ALVES, A.S.; LOPES, M. H. B. M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 11-17, 2008.

ANDREATTA, C. S.; KURZ, J. C. A.; CARDOSO, E. A. M. A importância da conscientização de puérperas sobre os primeiros cuidados prestados ao neonato em maternidades de SJC. 2011. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA, 15.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS GRADUAÇÃO, 11.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTIFICA JÚNIOR, 5.; 2011, [S.l.], **Anais...**[S.l.]: UNIVAP, 2011.

BARBOSA, E. M. G.; SOUSA, A. A. S.; VASCONCELOS, M. G. F.; CARVALHO, R.E.F.L.; ORIA, M.O.B.; RODRIGUES, D.P. Educational Technologies to encourage (self) care in post partum women. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n 3, p. 545-53. 2016.

BARRETTO, A. P. V.; OLIVEIRA, Z. M. O ser mãe: expectativas de primigestas. **Revista Saúde.com**, n. 6, v. 1, p. 9-23, 2010.

BERNARDI, M.C.; CARRARO, T.E.; SEBOLD, L.F. Visita domiciliária puerperal como estratégia de cuidado de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. **Revista Rene**, Fortaleza, v.12, n. especial, p.1074-80, 2011.

BIANCHINI, C. O.; KERBER, N. Mitos e crenças no cuidado materno e do recém-nascido. **VITTALLE**, Rio Grande, v. 22, n. 2, p. 35-50, 2010.

BORGES, A. L. V.; CAVALHIERI, F. B.; HOGA, L. A. K.; FUJIMORI, E.; BARBOSA, L. R. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1679-84, 2011.

BORGES, G. C. F.; SILVA, R. M.; ALVES, C. F. M.; RESENDE, D. C.; LIMA, G. S.; SILVA, B. O.; SILVA, D. A. Visitas domiciliares na estratégia da saúde da família: situação na unidade básica de saúde da família do Jardim Guanabara I, **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**. Goiânia, 2013.

BOFF, A. D. G; PANIAGUA, L. M.; SCHERER, S.; GOULART, B.N.G. Aspectos socioeconômicos e conhecimento de puérperas sobre o aleitamento materno. **Audiol Commun**, v. 20, n. 2, p. 141-5, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 822, de 06 de junho de 2001**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política de atenção básica. Brasília, 2011. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 set. 2015.

_____. Ministério da saúde. **Portaria Nº 963, de 27 de maio de 2013**, redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 2 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal/Ministério da Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 228, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: um guia para os profissionais de saúde**. Brasília, 2. ed. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, 33).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Manual AIDPI neonatal. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. (Cadernos de Atenção Básica, 32).

_____. **Pesquisa “Nascer no Brasil”**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento”, Fiocruz. Disponível em: < www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf > Acesso em: 7 jul. 2016

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de informação da mortalidade: estatísticas vitais**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exesim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

CALDEIRÃO, T. D. **Condições de nascimento de recém-nascidos a termo em município de médio porte do interior paulista**. 2014. 66 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, SP, 2014.

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. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, mar/abr., v. 21, n. 2, [08 telas], 2012. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 12 abr. 2015.

CARMONA, E. V.; VALE, I. N.; OHARA, C. V. S.; ABRÃO, A. C. F. V. Percepção materna quanto aos filhos recém-nascidos hospitalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 788-93, set./out. 2014.

CASTRO, M. E.; MOURA, M. A. V.; SILVA, L. M. S. Qualidade da assistência pré-natal: uma perspectiva das puérperas egressas. **Revista Rene**, v. 11, p. 72-81, 2010.

CAVALCANTE, L. V. T. F.; RODRIGUES, D. P.; PINTO, F. J. M.P. Práticas de aleitamento materno no município de Iguatu, CE. **Revista Brasileira de Promoção Saúde**, v. 25, n. 4, p.476-481, 2012.

CHRISTOFFEL, M. M.; SILVA, L. R.; SILVA, L. R.; FERREIRA, A. C.G. V.; MACEDO, E. C. Cólica do lactente: estudo descritivo das práticas de cuidados maternos para o alívio da dor. **Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, v.7, n. 10, p. 5876-82, out. 2013.

COELHO, E.A.C.; ANDRADE, M.L.S.; VITORIANO, L.V.T.; SOUZA, J.J.; SILVA, D.O.; GUSMÃO, M.E.N.; NASCIMENTO, E.R.; ALMEIDA, M.S. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012.

CRUZ, M. M. A visita domiciliária na Estratégia Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 19, p. 605-613, 2010.

DEMOTT, K. et al. **Clinical guidelines and evidence: review for post natal care: routine post natal care of recently delivered women and their babies**. London: National Collaborating Center For Primary Care And Royal College of General Practitioners, 2006. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=30146>>. Acesso em: 7 mai. 2016.

DIAS, N. S.; GAIVA, M. A. M. Assistência ao neonato em uma unidade de saúde da família de Cuiabá – MT. **Revista NURSING**, Cuiabá, v.13, n. 148, p. 474-479, 2010.

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

DODT, R. C. M.; FERREIRA, A. M.V., NASCIMENTO, L. A.; MACÊDO, A.C.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L.B. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a auto eficácia materna para Amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 610-8, jul./set. 2013.

ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Revista Latino Americana Enfermagem**, v. 13, n. 5, p.754-7, set./out. 2005.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen, I.; Marcon, S. S.; Santos, M. R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá, PR: Eduem, 2004.

FARIA, C. M. R. **O aleitamento materno de recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FEHRING, R. J. The Fehring model. In: CARROLL-JOHSON, P. (Ed.). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the tenth conference of North American Nursing Diagnoses Associations**. Philadelphia: JB Lippincott, 1994. p. 55-57.

FIGUEIREDO, A.; GOMES, G.; CAMPOS, A. Infecções urinárias e gravidez – diagnóstico, terapêutica e prevenção. **Acta Obstetrica e GinecologicaPort** v. 6, n. 3, p. 124-133. 2012.

FINOTTI, M. **As implicações da gravidez não planejada de adolescentes no Brasil**, 2010. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M.; MELLO, D.F.; SILVA, M.A.I.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para enfermagem. **Escola Anna Nery**, jan./mar. v. 15, n. 1, p. 190-196. 2011.

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. **Revista Latino- Am. Enfermagem**, v.12, n. 1, p. 65-75, 2004.

FRANCISQUINI, A. R.; HIGARASHI, I. H.; SERAFIM, D., BERCIN, L. O. Orientações recebidas durante a gestação, parto e pós-parto por um grupo de puérperas. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 9, n. 4, p. 743-751, out./dez. 2010.

GAÍVA, M.A.M.; SIQUEIRA, V.C.A. A prática da visita domiciliar pelos profissionais da estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p.697-704, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMES, A. O; NEVES, J. B. O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária à Saúde. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, MG, v.4, n. 2 nov./dez, 2011.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S. NANDA. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA I. Definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. W. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. p. 1143.

IBGE. **Projeção da População do Brasil e das Unidades da Federação**. 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/>> Acesso em: 5 jul. 2016.

IBGE. **Estatísticas de gênero**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/>> Acesso em: 8 jul. 2016

Institute For Clinical Systems Improvement. **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**. Disponível em: <<http://www.icsi.org/>>. Acesso em: 7 maio 2016.

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

JOVENTINO, E.S.; DODT, R.C.M.; ARAUJO, T.L.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; SILVA, V.M; XIMENES, L.B. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 76-84, mar. 2011.

- KANO, J. A. **Uma atividade de educação em saúde para puérperas num alojamento conjunto**. 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Botucatu, Botucatu, SP, 2010.
- LANSKY, S.; FRICHE, A. A. L.; SILVA, A. A. M. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p.192-207, 2014.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 30, p.1-231. 2014.
- LEANDRO, J. S.; CHRISTOFELL, M. M. Cuidado familiar de recém-nascido no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 223-231, 2011.
- LEITE, F.; MARTINS, C. **Perfil das mulheres brasileiras em idade fértil e seu acesso a serviços de saúde-dados da PNDS 2006**. [S.l.]. Instituto de Estudos de Saúde Complementar, 2008.
- LIMA, S. S.; SILVA, S. M.; AVILA, P. E. S.; NICOLAU, M. V.; NEVES, P. F. M. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. **ABCS Health Science**, v. 40, n. 2, p. 62-68, 2015.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice**. 8th edition. Mosby, 2014.
- MA, T. K.; REZENDE, C. L. Conhecimento das puérperas sobre o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido. **Revista NURSING**, v. 14, n.166, p.158-163, 2012.
- MACHADO, A. L.; SILVA, M. R. F. Educação em saúde: instrumento de ação para o enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Revista Nursing**, v. 104, n. 9, jan. 2007.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
- MARGOTTO, P. R. Curvas de crescimento intra-uterino: uso de curvas locais (editorial). **Jornal de pediatria**, v.77, p. 153, 2001.
- 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. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 19, p. 324-29, 2011.
- MARQUES, E. S., COTTA, R. M. M. Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p.2461-2468, 2011.

MATA, K. S.; SANTOS, A. A. P.; SILVA, J. M.O.; HOLANDA, J. B.L.; SILVA, F.C.L. Complicações causadas pela infecção do trato urinário na gestação. **Revista espaço para a saúde**, Londrina, PR, v. 15, n. 4, p. 57-63, out/dez, 2014.

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

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

MOREIRA, M. E. L.; GAMA, S. G. N.; PEREIRA, A. P. E.; SILVA, A. A. M.; LANSKY, S.; PINHEIRO, R. S.; GONÇALVES, A. C.; LEAL, M. C. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p.128-139, 2014.

MUNHOZ, N.T.; SCHMDT, K.T.; FONTES, K.B. Dificuldades vivenciadas por puérperas no cuidado domiciliar com o recém-nascido. **Revista de enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, p.7516-23, abr., 2015.

NIETSCHE, E. A.; NORA, A. D.; LIMA, M. G. R.; BOTTEGA, J. C.; NEVES, E. T.; SOSMAYER, V. L. Educação em saúde: planejamento e execução da alta em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 809-816, out./dez. 2012.

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

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Planejamento familiar**: um manual mundial para provedores. Genebra; 2007. Disponível em:
<www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>
Acesso em: 10 fev. 2016.

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

PASSAMAI, M. P. B. et al, Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n. 41, p. 301-14, abr./jun. 2012.

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

RAMOS, E. M.; SILVA, L. F.; CURSINO, E. G.; MACHADO, M. E. D; FERREIRA, D. S P. O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 245-50, mar./abr. 2014.

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

REBERTE, L. M. **Celebrando a vida**: construção de uma cartilha para a promoção da saúde da gestante. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

REGIANI, Carla. **Assistência à saúde da criança**: atenção primária do nascimento aos dois anos de idade. São Paulo: látria, 2006.

RODRIGUES, L. S. et al. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiologia Serviço Saúde**, v. 23, n. 2, p.295-304, jun. 2014.

ROCHA, G. M. N. **Construção e validação de tecnologia educativa para o cuidado domiciliar do recém-nascido prematuro**. 2015, 212 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

ROCHA, G. M.; CORDEIRO, R. C. Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, MG, v. 13, n. 2, p. 483-493, 2015.

RODRIGUES, D. P.; DODOU, H. D.; LAGO, P.N.; MESQUITA, N.S.; MELO, L.P.T.; SOUZA, A.A.S. Care for both mother and child immediately after childbirth: a descriptive study. **Brazilian Journal of Nursing**. v. 13, n. 2, p. 227-38., 2014. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4231>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

ROSA, M.; OLIVEIRA, D. P. A.; OREY, D. C. Delineando e conduzindo método misto de pesquisa em investigações em educação matemática. **Revista perspectivas da educação matemática (UFMS)**, v. 8, p. 749-69, 2015.

SCHAEFER, T. I. M. **Avaliação das condições da pele do Recém-nascido em terapia intensiva neonatal**. 2014. 137 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, 2014.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 492-7, jul./set. 2011.

SASSÁ, A. H.; ROSA, T. C. S.; SOUZA, S. N. D. H.; ROSSETO, E. G. Visitas domiciliares como instrumento na assistência ao recém-nascido de muito baixo peso e sua família. **Ciências Cuidado Saúde**, v. 10, n. 4, p. 713-721, 2011.

SILVA, E. P.; ALVES, A. R.; MACEDO, A. R. M.; BEZERRA, R. M. S. B.; ALMEIDA, P.C.; CHAVES, E.M.C. Diagnóstico de enfermagem relacionado à amamentação em unidade de alojamento conjunto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p.190-5. mar./abr. 2013.

SILVA, L. R.; ARANTES, L. A. C.; VILLAR, A. S. E.; SILVA, M. D. B.; SANTOS, I. M. M.; GUIMARÃES, E. C. Enfermagem no puerpério: detectando o conhecimento das puérperas para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido. **Revista pesquisa cuidado fundamental**, v. 4, n. 2, p. 2327-37, abr./jun. 2012.

SILVA, R. A. S.; FERRAZ, L., BUSATO, M. A. Perfil epidemiológico dos nascidos vivos no município de Chapecó-SC. **RECIIS-Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v.10, n. 2, abr./jun. 2016. Disponível em: <www.reciis.icict.fiocruz.br>. Acesso em 11 out. 2016.

SILVA, M.S.; DANTAS, J. C. SOUSA, F.M.M.L.C. et al. Sentimentos vivenciados por puérperas na realização do primeiro banho do recém-nascido no alojamento conjunto. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 279-286, 2015.

SOSSAI, L. C. F; PINTO, I. C. A visita domiciliária do Enfermeiro: Fragilidades x potencialidades. **Ciências Cuidado Saúde**, v. 9, n. 3, p. 569-576, Jul./Set., 2010.

SOUSA, S.; PINTO, R.; OLIVEIRA, R. et al. Anemia ferropriva no desenvolvimento infantil: uma revisão de literatura. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd142/anemia-ferropriva-no-desenvolvimento-infantil.htm>>. Acesso em 16 jan. 2016.

SOUZA, A. B. G. **Enfermagem neonatal cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, 2013.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Tecnologias educacionais em foco**. Rio de Janeiro: Difusão, 2011.

TERRA, D. L. H.; OKASAKI, E. L. F. J. Compreensão de puérperas primíparas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido. **Revista Enfermagem UNISA**, n. 7, p.15-20, 2006.

TORRES, H. C.; CÂNDICO, N. A.; ALEXANDRE, L. R.; PEREIRA, F. L. O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 2, p. 312-6, mar./abr. 2009.

VASCONCELOS, T. B.; LOURENÇO, D. R. L.; CARDOSO, A. R. N. R. et al. Cartilha educativa para orientação dos profissionais de saúde sobre os equipamentos de proteção individual. **Revista Gestão e Saúde**, v. 6, n.1, 2015.

VIEIRA, F.; BACHION, M. M.; SALGE, A. K. M.; *et al.* Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery**, v. 14, n.1, p. 83-89, 2010.

ZOMBINI, E. V.; PELICIONI, M. C. F. Estratégias para a avaliação de um material educativo em saúde ocular. **Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 21, n. 1, p. 51-58, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

Dados de Identificação da mãe - N° _____

1.1. Idade: _____

1.2. Estado civil: 1.() Solteira 2.() Casada 3.() Viúva 4.() Separada judicialmente/Divorciada 5.() União consensual

1.3. Anos de estudo: _____

1.4. Ocupação Habitual: _____

1.5. N° de filhos nascidos vivos: _____

1.6. Duração da gestação: _____

1.7 N° de consultas de pré-natal da última gestação: _____

1.8. Apresentou algum problema de saúde: SIM () Não () Se sim, quais ?

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 1() 2 () 3

1.10 Gravidez foi planejada: Sim () Não ()

Dados do recém-nascido/lactente

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

2.2. Peso ao nascer: _____

2.4. Idade gestacional: _____

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

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

2.7 Você recebeu alguma orientação sobre os cuidados maternos durante o pré-natal? SIM () NÃO (). Se sim, quais?

3. Você recebeu alguma orientação na alta hospitalar sobre os cuidados com seu filho na maternidade? Se sim quais (listar). Quem ofereceu as informações?

4. Quais os cuidados que você teve dificuldade em realizar ao chegar em casa com o seu filho? Por quê?

5. Quais as informações que você gostaria de receber sobre os cuidados maternos com o seu bebê?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre esclarecido

Eu, Leilianne Maria Costa Freitas, aluna do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, da Universidade Estadual do Ceará, estou lhe convidando para participar da pesquisa "Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido", que tem como objetivo construir e validar tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido.

Assim, gostaria de contar com a sua colaboração. Será aplicado um formulário para coleta dos dados. Os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis constrangimentos durante aplicação do instrumento. Se a mãe se sentir cansada, fatigada, ou precisar amamentar, a pesquisadora irá interromper e retornar em outro momento. Os benefícios do estudo serão indiretos, pois as informações coletadas serão utilizadas para a construção de uma cartilha com orientações sobre cuidados maternos ao recém-nascido. Os dados do estudo serão usados exclusivamente com fins científicos.

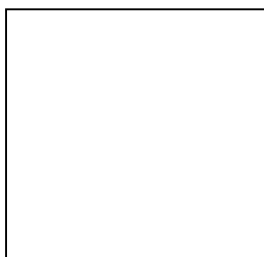
Informo que este trabalho não fornecerá nenhum tipo de pagamento à você e também não implicará em nenhum custo como integrante do estudo. Caso concorde em participar, deverá assinar o termo de consentimento pós-informado em anexo, o qual lhe será entregue uma via.

Será garantido a você direito ao anonimato, acesso aos dados, bem como, de se retirar da pesquisa a qualquer momento, se esse for o seu desejo, sem que isso implique em prejuízo para a assistência de seu filho.

Espero contar com sua colaboração, pois ela é muito importante para que seja possível melhorar a qualidade da nossa assistência às mães.

Termo De Consentimento Pós-Informado

Declaro que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar do presente Protocolo de Pesquisa.



Assinatura do Participante

(carimbo ou nome legível)

Quixeré, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Pesquisador

Em caso de dúvida entre em contato com a pesquisadora Leilianne Maria Costa Freitas.

Endereço: Rua Capitão João Eduardo Nº 1364-CE.

Telefone: (88) 999565876.

Ou com o Comitê de Ética da UECE: Av Silas Munguba Nº 1700

Telefone: (85) 31019600.

APÊNDICE C - Termo de assentimento

Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido". Seus pais/cuidadores permitiram que você participasse. Queremos saber se você aceita responder as perguntas que ajudarão a construir um material educativo para mães para orientar os cuidados domiciliares dos bebês .

Se você concordar em participar, a pesquisa será feita em seu domicílio. Para isso, será usado um formulário contendo perguntas abertas e fechadas. O uso do formulário é considerado seguro, mas é possível ocorrer algum risco tipo constrangimento ou cansaço ao responder o formulário.

Caso aconteça algo errado ou um incômodo, você pode desistir em participar, pedir para conversar com o pesquisador sobre o que o incomodou ou avisar seus pais. Mas há coisas boas que podem acontecer se você participar como você e outras mães receberem as orientações que ajudarão nos cuidados dos bebês em casa.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu não terá problema se recusar participar ou se desistir.

Ninguém saberá identificar o que você responder na pesquisa, nem mesmo seus pais ou cuidadores. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as participantes que participaram da pesquisa.

Quando terminarmos a pesquisa os resultados serão divulgados em uma dissertação de mestrado e em revistas científicas na área de enfermagem.

Em caso de dúvida entre em contato com a pesquisadora Leilianne Maria Costa Freitas.

Endereço: Rua Capitão João Eduardo, Nº 1364, centro, Limoeiro do Norte-CE.

Telefone: (88) 999565876.

Ou com o Comitê de Ética da UECE: Av Silas Munguba Nº 1700

Telefone: (85) 31019600.

LEILIANNE MARIA COSTA FREITAS

Eu _____ aceito participar da pesquisa "Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido", que tem os objetivos de construir e de validar uma cartilha com orientações para as mães cuidarem de seus bebês em casa, após a alta hospitalar. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer "sim" e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer "não" e desistir que ninguém vai ficar chateado ou furioso. A pesquisadora tirou minhas dúvidas e conversou com os meus responsáveis.

Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ 20__.

Nome do participante e assinatura

OBS* Termos de Assentimento com mais de uma página devem ter a rubrica do pesquisador e do participante em cada uma de suas folhas.

APÊNDICE D – Carta convite para os juizes

Prezado (a),

Estou desenvolvendo um estudo intitulado "Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido". Para alcançar os objetivos propostos no estudo, faz-se necessário elaborar e validar uma cartilha.

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 da cartilha 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 juizes;
3. Apreciação e análise da cartilha por meio do Formulário de Validação de Conteúdo;
4. Comentários, críticas e sugestões sobre a cartilha

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.

Leilianne Maria Costa Freitas

Telefone: (88) 999565876

E-mail: leiliannyfreitas@hotmail.com

Edna Maria Camelo Chaves (Orientadora)

Telefone: (85) 997448848

APÊNDICE E – Caracterização dos juízes

N. _____

I- IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Instituição onde se graduou:

Ano de conclusão da graduação: _____

Local de

trabalho: _____

Experiência em Programa Saúde da Família (em anos): _____

Experiência com avaliação de material educativo: Sim () Não ()

Possui artigos publicados na área: Sim () Não ()

II- QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Formação _____ Ano _____

Especialização _____ Ano _____

1

Especialização _____ Ano _____

2

Mestrado em _____ Ano _____

Doutorado em _____ Ano _____

APÊNDICE F – Termo de consentimento livre e esclarecido (juízes)

Prezado(a),

Sou LEILIANNE MARIA COSTA FREITAS, enfermeira mestranda Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará e estou desenvolvendo um estudo sob orientação da Profa. Dra. Edna Maria Camelo Chaves intitulado “Construção e Validação de Tecnologia Educativa para Mães no Cuidado Domiciliar do Recém-nascido”, cujos objetivos são identificar as dificuldades das mães nos cuidados domiciliares do recém-nascido, elaborar e validar uma cartilha para orientações dos cuidados domiciliares do recém-nascido.

Nessa perspectiva, foi elaborado uma cartilha com roteiro e figuras para promoção do cuidado domiciliar dos recém-nascidos. Logo, esse material precisa ser submetido a um processo de avaliação denominado validade de conteúdo, de modo a conferir maior credibilidade ao mesmo.

Assim, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de juiz. O senhor(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.

Sinta-se livre para fazer qualquer questionamento durante a leitura desse termo de consentimento ou em qualquer momento do estudo contatando a pesquisadora por meio do telefone (88) 999565876. O Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará também poderá ser consultado sobre o projeto por meio do telefone (85) 3101-9600.

Eu, _____, RG _____, após ter sido devidamente esclarecido(a) pela pesquisadora e entendido o que me foi explicado, concordo em colaborar com a presente pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ 20____.

Assinatura do(a) Juiz(a)

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE G - Instrumento de avaliação de tecnologia pelos juízes

Instrumento de avaliação de tecnologia assistencial pelos juízes especialistas– Cartilha

Avaliador: _____

Tecnologia a ser avaliada: “Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido”, afim de melhorar a qualidade da assistência e saúde do RN.

Instruções: analise cuidadosamente a cartilha de acordo com o que se pede. Em seguida, classifique-os de acordo com o valor que mais se aproxime, em sua opinião, de acordo com a valoração abaixo.

VALORAÇÃO:

1	Totalmente inadequado
2	Moderadamente inadequado
3	Moderadamente adequado
4	Totalmente adequado
NA	Não se aplica

1. OBJETIVOS: referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio da utilização da cartilha educativa.

1.1 As informações/ conteúdos apresentados na cartilha são ou estão coerentes com os cuidados domiciliares do RN ?	1	2	3	4	NA
1.2 Sugerem e/ou instigam a mudanças de comportamento e atitude?	1	2	3	4	NA
1.3 Pode circular no meio científico?	1	2	3	4	NA
1.4 Atendem aos objetivos de profissionais e instituições que atendem/trabalham com o RN ?	1	2	3	4	NA

Sugestões para o item:

2. CONTEÚDO: Refere-se à forma de apresentar a cartilha, incluindo sua organização geral, sua estrutura, estratégia de apresentação e suficiência.

2.1 O conteúdo atinge com precisão a abordagem do tema.	1	2	3	4	NA
2.2 O conteúdo está disposto de forma completa e abrangente.	1	2	3	4	NA
2.3 As informações apresentadas estão corretas.	1	2	3	4	NA
2.4 Há sequencia logica do conteúdo.	1	2	3	4	NA

2.5 O conteúdo é adequado para compreensão das mães.	1	2	3	4	NA
2.6 As figuras completam a informação do texto.	1	2	3	4	NA

Sugestões para aprimorar o item:

3. ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO: Refere-se a forma de apresentar as orientações. Isso inclui organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

3.1 A capa é atraente e indica o conteúdo do material.	1	2	3	4	NA
3.2 O tamanho do título e do conteúdo nos tópicos estão adequados	1	2	3	4	NA
3.3 Os tópicos tem sequencia logica.	1	2	3	4	NA
3.4 Há coerência entre as informações da capa, contracapa, e apresentação.	1	2	3	4	NA
3.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4	NA
3.6 O estilo de redação corresponde ao nível de conhecimento do público alvo.	1	2	3	4	NA
3.7 As ilustrações são expressivas e suficientes.	1	2	3	4	NA

Sugestões para aprimorar o item:

4. RELEVÂNCIA: Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens apresentados na cartilha.

4.1 Os temas retratam aspectos-chaves que devem ser reforçados.	1	2	3	4	NA
4.2 A cartilha propõe a construção do conhecimento	1	2	3	4	NA
4.3 Os itens desenvolvidos são importantes para a prática das mães em domicílio.	1	2	3	4	NA
4.4 A cartilha está adequada para ser usada pelas mães em domicílio..	1	2	3	4	NA

Sugestões para aprimorar o item: _____

Comentários gerais e sugestões;

APÊNDICE H – Instrumento de avaliação da cartilha educativa
(especialistas da área de propaganda e *marketing*)

**Adaptação do *Suitability Assessment of Materials (SAM)*
(DOAK; DOAK; ROOT, 1996)**

Parte 1 – Identificação

Data:

1. Nº Juiz de *Marketing* _____ 2. Idade _____
 3. Sexo: M () F ()
 3. Profissão: _____
 4. Tempo de formação: _____
 5. Tempo de atuação profissional na área: _____

Parte 2 – Instruções

- I. Por favor, leia atentamente a cartilha;
 II. Em seguida, analise-a, assinalando com um “X” em um dos números correspondentes a cada afirmação;
 III. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância, segundo a valoração abaixo:
- 0. Inadequado
 - 1. Parcialmente Adequado
 - 2. Adequado

1 – CONTEÚDO

1.1 O objetivo é evidente, facilitando a pronta compreensão do material	2	1	0
1.2 O conteúdo aborda informações relacionadas aos cuidados ao recém-nascido	2	1	0
1.3 A proposta do material é limitada aos objetivos, para que o leitor possa razoavelmente compreender no tempo permitido	2	1	0

2 – LINGUAGEM

2.1 O nível de leitura é adequado para a compreensão do cuidador	2	1	0
2.2 O estilo de conversação facilita o entendimento do texto	2	1	0
2.3 O vocabulário utiliza palavras comuns	2	1	0

3 – ILUSTRAÇÕES GRÁFICAS

3.1 A capa atrai a atenção e retrata o propósito do material	2	1	0
3.2 As ilustrações apresentam mensagens visuais fundamentais para que o leitor possa compreender sozinho os pontos principais, sem distrações	2	1	0

4 – MOTIVAÇÃO

4.1 Ocorre interação do texto e/ ou das figuras com o leitor, Levando-os a resolver problemas, fazer escolhas e/ ou demonstrar habilidades	2	1	0
4.2 Os padrões de comportamento desejados são modelados ou bem demonstrados	2	1	0
4.3 Existe a motivação ao conhecimento, ou seja, as pessoas são motivadas a aprender por acreditarem que as tarefas e comportamentos são factíveis.	2	1	0

5 – ADEQUAÇÃO CULTURAL

5.1 O material é culturalmente adequado à lógica, linguagem e experiência dos cuidadores	2	1	0
5.2 Apresentam imagens e exemplos adequados culturalmente	2	1	0

Possibilidade Total de Escores: 26

Total de escores obtidos: _____

Porcentagem de escore: _____

APÊNDICE I - Carta de anuência

Ilmo. Sr. João Urânio Nogueira Ferreira
Secretário Municipal de Saúde de Quixeré

Solicitamos autorização para a realização da pesquisa "Construção e validação de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém-nascido" a se realizar nas Unidades Básicas de Saúde da Sede I, Sede II e Sede III do município de Quixeré, pela enfermeira Dra. Leilianne Maria Costa Freitas e sob a orientação da profa. Dra. Maria Edna Camelo. Ao mesmo tempo pedir autorização para que o nome destas unidades possam constar na pesquisa, bem como, em futuras publicações.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta secretaria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Quixeré, ____ de _____ 20__.

Leilianne Maria Costa Freitas

Pesquisadora

() Concordo com a solicitação.

() Não concordo com a solicitação

João Urânio Nogueira Ferreira

Secretário Municipal de Saúde de Quixeré

APÊNDICE J – Cartilha na versão inicial



Apresentação

A assistência ao pré-natal e puerperal de qualidade, proporcionam à mãe e ao bebê nascimento saudável com menor complicação. Durante o ciclo gravídico são necessárias orientações para que a mãe possa dar continuidade ao cuidado. Após o nascimento as mães dos recém-nascidos muitas vezes ainda apresentam insegurança para realizar os cuidados necessários à criança.

Durante a visita domiciliar ao recém-nascido e a puerpera, a enfermeira tem observado que orientações dadas por ocasião das consultas do pré-natal e atividades educacionais, são insuficientes para deixar a mãe mais capacitada na prestação de cuidados ao bebê. Para dar continuidade da assistência mais qualificada, foi realizada uma pesquisa com enfermeiras para identificar as principais dificuldades apresentadas pela mãe, na primeira semana de vida do bebê, em domicílio.

Mediante as rescostras das mães, percebeu-se insegurança ao manusear a criança, fazendo com que este cuidado seja feito por um cuidador ou parente próximo. Pensando deixar a mãe menos insegura e ansiosa, e proporcionar mais conforto e conforto ao cuidado ao bebê, foi elaborado um material educativo de apoio, onde a mãe possui em casa para amenizar ou retirar suas dúvidas.

As principais dificuldades apontadas pelas mães entrevistadas foram sobre o banho do bebê, limpeza do coto umbilical e aleitamento materno, entre outros. O conteúdo dessa cartilha foi elaborado de acordo com o relato das mães de suas dúvidas, mais frequentes.

A cartilha é um instrumento educativo que em conjunto com a assistência do pré-natal com os profissionais de saúde, pode contribuir para o manuseio adequado ao recém-nascido.

O objetivo deste trabalho é oferecer à família orientações de cuidados essenciais ao recém-nascido. Utilizou-se uma linguagem simples, de fácil compreensão, onde todos possam realizar os cuidados e assim aumentar o vínculo afetivo entre mãe e bebê.

Aleitamento Materno

O leite materno é considerado o alimento ideal para crianças até os seis meses de idade, por possibilitar crescimento e desenvolvimento saudáveis. É o único que oferece substâncias e nutrientes, tais como vitaminas, minerais, gorduras, açúcares, proteínas, importantes para saúde do bebê. Aumenta o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê. Protege o bebê contra infecções.

- escolha uma posição confortável, e coloque o bebê ao seio;
- pega correta do bebê no peito: boca bem aberta para que ele possa apocannar corretamente a aréola (parte escura do peito) e não só o mamilo; bico do bebê;
- o queixo do bebê deve tocar no peito da mãe e os lábios devem ficar virados para fora como uma "boca de peixe". Barriga do bebê encostada no corpo da mãe;
- amamente seu bebê em horário livre, de acordo com a necessidade dele;
- a duração da mamada depende do bebê;
- se ele dormir por mais de três horas, acorde-o e coloque no peito para mamar;
- ofereça os dois seios. Sempre comece pelo peito que você usou por último, assim o bebê tomara o leite mais rico em gordura;
- após a mamada, coloque o bebê para arrotar;
- se surgirem dúvidas ou dificuldades para amamentar, procure logo a ajuda no posto de saúde, assim você não interromperá o aleitamento ao seu bebê;
- alimente seu bebê com leite materno exclusivo até os seis meses de idade.



Engasgo

Alguns bebês engasgam enquanto mamam, deixando a mãe preocupada, sem saber o que fazer. Procure ficar calma.

O que fazer se o bebê engasgar:

- coloque-o de bruços apoiado em seu braço de forma segura, com a cabeça mais baixa que o corpo.
- com a mão dê cinco tapas firmes, mas não com muita força, nas costas do bebê.
- se não resolver procure o serviço de saúde mais próximo, urgente.



Higiene Corporal

Banho

O banho do bebê é um momento de muita expectativa para a família. Pode ser difícil nos períodos mais quentes do dia, entre 11 e 15 horas. De preferência realizar o banho antes do aleitamento, assim evita a regurgitação.

- lave as mãos e separe todo o material que você vai usar no banho (toalhinha, sabonete neutro, fralda, roupa, escova macia ou pente) e coloque ao lado.
- coloque a banheira em lugar seguro e livre de correntes de ar.
- encha a banheira com água morna, cerca de 10 cm de altura.
- coloque o bebê na água de barriga para baixo apoiado no seu braço, comece o banho molhando os pés, as mãos e depois o resto do corpo.
- depois vire o bebê com a barriga para cima apoiando as costas segurando pelo braço, complete o banho.
- lave a cabeça, tendo o cuidado para não deixar entrar água no ouvido.
- retire o bebê da água e envolva com a toalha que você deixou ao lado.
- seque todo o corpo do bebê, as dobrinhas, as orelhas, a cabeça, com movimentos leves e suaves.
- não use colônias ou talco na pele do bebê.

depois de secar o bebê, o vista com roupas limpas e confortáveis.

- as unhas devem ser aparadas com tesoura limpa, tendo o cuidado de não cortar muito próximo ao dedo.



Higienização do Coto Umbilical

O coto umbilical após o nascimento é branco-azulado e brilhante, tem uma aparência amolecida. Com o passar dos dias torna-se seco, escurecido e encurtado até a sua queda, que ocorre por volta do 4.º ao 5.º dia de vida do recém-nascido. São necessários alguns cuidados para que não ocorra infecções.

- faça a higiene do coto umbilical usando uma haste de algodão seco, seque bem a região e depois com outra haste embebida em solução de álcool a 70% rapa a limpeza suavemente ao redor do coto umbilical.
- a higiene deve ser feita 3 vezes ao dia.
- não use faixas, moeda, fumo, na região.
- após a queda do coto, continue fazendo a limpeza com álcool a 70% por mais duas semanas.
- a limpeza e o odor.
- lavar as mãos antes de realizar a limpeza.
- caso apresente mau cheiro, sangramento ou vermelhidão, procure um serviço de saúde. Seu bebê precisa ser avaliado por um profissional.



Cólicas

A cólica no recém-nascido aparece logo nos primeiros dias de vida podendo ir até os três meses de idade. A família pode ficar insegura sem saber o que fazer. Alguns procedimentos podem ser feitos para aliviar as cólicas do bebê.

- colocar a criança deitada, massagear o abdome com movimentos circulares.
- fazer massagem, esticando e encolhendo as pernas dele.
- deitar o bebê em cima da barriga da mãe.
- manter o contato com o bebê.
- aplicar compressa morna.
- não utilizar nenhum tipo de chá.



Soluço

O soluço no recém-nascido é natural. É importante que os pais observem em quais situações o soluço aparece.

As causas mais comuns são:

- Soluço causado pelo frio ou porque o bebê está molhado - deixar o bebê agasalhado e com roupas secas.
- Soluço de estômago cheio - deixar o bebê quase sentado no colo após a mamada, e não "sacudir" o bebê.
- Soluço de estômago vazio - ver se está perto da hora de mamar, e alimentar o bebê.

Choro

O choro é a linguagem que os bebês mostram as suas necessidades, sentimentos e sensações. Identificar o choro é um desafio que requer intuição, conhecimento e aprendizagem por parte dos pais. Com o passar do tempo os pais vão descobrindo diferentes tons e modos do choro. Ele pode indicar que o bebê está com: fome, sujo ou molhado, sono, frio ou calor, dor, cólica, pode estar com roupa desconfortável, e inseguro...

O que fazer...

- fique calma, sem ansiedade ou angústia.
- pegue o bebê no colo, aconchegue e dê carinho.
- satisfaça as necessidades como troca de fraldas, alimento e ope...
- coloque roupa confortável e adequada ao clima.

Sono e Posição para Dormir

Os recém-nascidos em geral dormem a maior parte do tempo entre as mamadas. Eles acordam a cada duas ou três horas para mamar. Durante a noite acordam bastante, e o tempo ele dormirá mais à noite e ficará acordado mais tempo durante o dia.

- coloque o bebê para dormir com a barriga para cima
- não deixe panos ou fraldas próximo ao bebê quando ele estiver dormindo, para não dificultar a respiração do bebê.
- não coloque o bebê para dormir na cama dos pais.

Banho de Sol

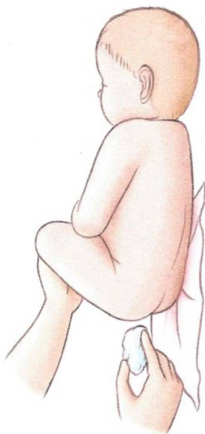
O bebê pode tomar banho de sol alguns minutos por dia. Além de gostoso ajuda na saúde, fortalecendo ossos, dentes e a pele de todo o corpo.

- deve ser feito diariamente pela manhã, de preferência até às oito horas, pois a nossa temperatura é muito alta...
- deixar o bebê exposto ao sol entre 5 a 10 minutos, nos primeiros 15 dias, depois pode aumentar para até 20 minutos ao dia.
- usar roupinhas leves
- não aplicar nenhum produto na pele

Troca de Fraldas

A troca de fraldas deve ser feita sempre que necessário, visando deixar o bebê confortável e limpo.

- não levante as pernas, coloque o bebê de lado e limpe no sentido da frente para trás.
- deve-se ter o cuidado de limpar a criança com algodão úmido em água morna e sabão neutro para evitar assaduras e infecção urinária.
- não usar lenços umedecidos.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. - Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

CHAVES, Edna Maria Carneiro; DOTT, Regina Cláudia Melo; FREITAS, Maria Célia. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relacionados com o aleitamento materno. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras: MORZINI, S. C. R. V.; SOUZA, K. T. DUARTE, E. D., organizadoras. PROENF Programa de atualização em Enfermagem em Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Paranaense, 2015. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1).

COSTA, Priscila Bonfim; CHAGAS, Ana Carolina Maria Araújo; JOVENTINO, Emannelle Silva; DOTT, Regina Cláudia Melo; ORIA, Mônica Oliveira Batista; XIMENES, Lorena Barbosa. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. Rev Rene. 2013; 14(6):1160-7.

LINHARES, Eliane Fonseca. A saúde do coto umbilical/Eliane Fonseca Linhares. 3ª ed. - Jequié: JUESS, 2011.

Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás. Secretaria Municipal de Saude e. Goiás, 2011.

SOUZA, Aspasia Basile Gasteira. Enfermagem Neonatal cuidados iniciais: recém-nascido/Aspasia Basile Gasteira Souza, organizadora. São Paulo: Martinari, 2011.

APÊNDICE L- Cartilha na versão final





SUMÁRIO

- APRESENTAÇÃO 5
- ALEITAMENTO MATERNO 7
- ENGASGO 9
- HIGIENE CORPORAL 10
- HIGIENIZAÇÃO DO COTO UMBILICAL (UMBIGO) 12
- CÓLICAS 13
- SOLUÇO 14
- CHORO 15
- SONO E POSIÇÃO PARA DORMIR 16
- PREVENÇÃO DE QUEDAS 17
- TROCA DE FRALDAS 18
- OBSERVAR SINAIS DE PERIGO 19
- REFERÊNCIAS 20



Prezada

Esta cartilha foi construída à partir das dificuldades apresentadas pelas mães na visita domiciliar, após o nascimento do seu bebê. Ela tem como finalidade esclarecer, de forma simples e objetiva, as orientações de cuidados maternos ao recém-nascido.

Leia com atenção as recomendações da cartilha e não se esqueça de comparecer às consultas agendadas de seu bebê com o profissional de saúde. Assim você poderá esclarecer suas dúvidas e garantir a saúde de seu filho.



quisa com puérricas para identificar as principais dificuldades apresentadas pela mãe, na primeira semana de vida do bebê, em domicílio.

Mediante as respostas das mães, percebeu-se insegurança ao manusear a criança, fazendo com que este cuidado seja feito por um cuidador ou parente próximo. Pensando deixar a mãe menos insegura e ansiosa, e proporcionar mais conforto e confiança no cuidado ao bebê, foi elaborado um material educativo de apoio, onde a mãe possa ler em casa para amenizar ou retirar suas dúvidas.

As principais dificuldades apontadas pelas mães entrevistadas foram sobre o banho do bebê, limpeza do coto umbilical (umbigo) e aleitamento materno, entre outros. O conteúdo dessa cartilha foi elaborado de acordo com o relato das mães, de suas dúvidas mais frequentes.

A cartilha é um instrumento educativo que em conjunto com a assistência do pré-natal com os profissionais de saúde, pode contribuir para o manuseio adequado ao recém-nascido.

O objetivo deste trabalho é oferecer à família orientações de cuidados essenciais ao recém-nascido. Utilizou-se uma linguagem simples, de fácil compreensão, para que todos possam realizar os cuidados e assim aumentar o vínculo afetivo entre mãe e bebê.

The illustration features a pregnant woman with long brown hair, wearing a purple top and blue pants, holding a blue and white patterned cloth. To her left, a collection of baby items is displayed on a light blue background with white clouds. The items include a yellow and orange sock, a blue and white patterned ball, a yellow duck, a brown teddy bear, a blue and white patterned ball, a yellow and orange sock, a blue and white patterned ball, a yellow duck, and a brown teddy bear. The items are arranged in a grid-like fashion, with some items appearing to be hanging from a string.

APRESENTAÇÃO

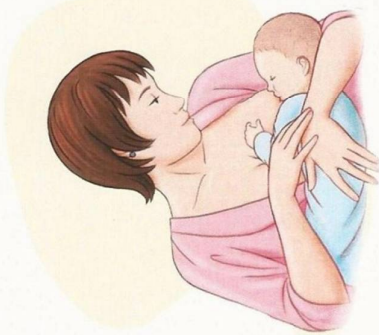
A assistência ao pré-natal e puerperal de qualidade, proporcionam à mãe e ao bebê o nascimento saudável com menor complicação. Durante a gravidez são necessárias orientações para que a mãe possa dar continuidade ao cuidado. Após o nascimento as mães dos recém-nascidos muitas vezes ainda apresentam insegurança para realizar os cuidados necessários à criança. Durante a visita domiciliar ao recém-nascido e à puérpera, o profissional de saúde tem observado que orientações dadas por ocasião das consultas do pré-natal e atividades educativas são insuficientes para deixar a mãe mais capacitada na prestação de cuidados ao bebê. Para dar continuidade da assistência mais qualificada, foi realizada uma pes-

- Se ele dormir por mais de três horas, acorde-o e coloque no peito para mamar.
- Ofereça os dois seios. Sempre comece pelo peito que você deu por último, assim o bebê tomará o leite mais rico em gordura.
- Após a mamada, coloque o bebê para arrotar. O bebê deve ficar elevado junto ao ombro por 15 minutos, mesmo que arrote antes.
- Se surgirem dúvidas ou dificuldades para amamentar, procure logo ajuda no seu posto de saúde, assim você não interromperá o aleitamento do seu filho.
- Alimente seu bebê com leite materno exclusivo até os seis meses de vida.
- Na amamentação exclusiva, não é necessário oferecer outros líquidos como água, chás, etc.



8

ALEITAMENTO MATERNO

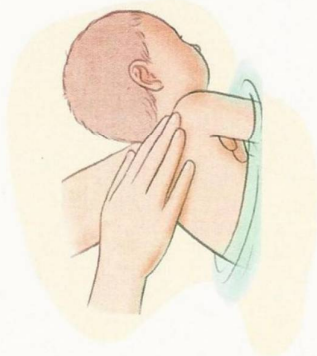


O leite materno é considerado o alimento ideal para crianças até os seis meses de idade por possibilitar crescimento e desenvolvimento saudáveis. É o único que oferece as substâncias e nutrientes, tais como vitaminas, minerais, gorduras, açúcares e proteínas importantes para saúde do bebê. Aumenta a proximidade entre a mãe e o bebê, como também protege o bebê contra infecções.

- Escolha uma posição confortável, e coloque o bebê ao seio.
- Pega correta do bebê no peito: boca bem aberta para que ele possa abocanhar grande parte da aréola (parte escura do peito) e não só o mamilo (bico do peito).
- O queixo do bebê deve tocar no peito da mãe e os lábios devem ficar virados para fora, como uma "boca de peixe". Barriga do bebê encostada no corpo da mãe.
- Amamente seu bebê em horário livre, de acordo com a necessidade dele.
- O tempo da mamada depende do bebê, porém se ele mamar por poucos minutos e dormir, você deve acordá-lo e estimular que mame mais.



7



O banho do bebê é um momento de muita expectativa para a família. Pode ser diário, nos períodos mais quentes do dia, entre 11 e 15 horas. De preferência realizar o banho antes do aleitamento, assim evita a volta do leite pela boca.



Alguns bebês engasgam enquanto mamam, deixando a mãe preocupada, sem saber o que fazer. Procure ficar calma.

O que fazer se o bebê engasgou:

- Coloque-o de bruços apoiado em seu braço de forma segura, com a cabeça mais baixa que o corpo.
- Com a mão dê cinco tapas firmes, mas não com muita força, nas costas do bebê.
- Se não resolver procure o serviço de saúde mais próximo, urgente.



HIGIENIZAÇÃO DO COTO UMBILICAL (UMBIGO)



O coto umbilical (umbigo) após o nascimento é branco-azulado e brilhante, tem uma aparência amolecida. Com o passar dos dias torna-se seco, escurecido e endurecido até a sua queda, que ocorre por volta do 4º ao 8º dia de vida do recém-nascido. São necessários alguns cuidados para que não ocorra infecção no local.

- Faça a higiene do coto umbilical (umbigo) usando um cotonete seco, seque bem a região e depois com outro cotonete molhado em solução de álcool à 70% faça a limpeza suavemente ao redor do coto umbilical.
- A higiene deve ser feita 3 vezes ao dia.
- Não use faixas, moeda ou fumo na região.
- Após a queda do coto, continue fazendo a limpeza com álcool à 70% por mais duas semanas.
- A limpeza não dói.
- Lavar as mãos antes de realizar a limpeza.
- Caso apresente mau cheiro, sangramento ou vermelhidão, procure um serviço de saúde. Seu bebê precisa ser avaliado por um profissional de saúde.

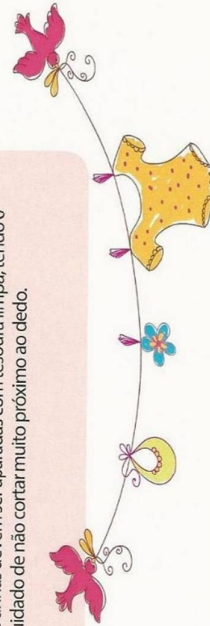


12

Banho

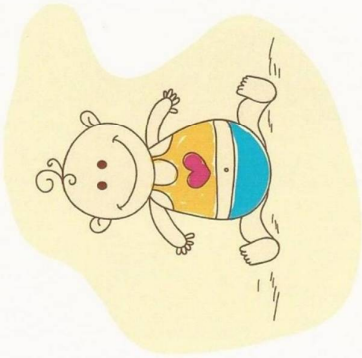


- Lave as mãos e separe todo o material que você vai usar no banho (toalha, sabonete neutro, fralda, roupa, escova macia ou pente) e coloque ao lado.
- Coloque a banheira em lugar seguro e livre de correntes de ar.
- Encha a banheira com água morna, cerca de 10 cm de altura.
- Coloque o bebê na água de barriga para baixo apoiado no seu braço, comece o banho molhando os pés, as mãos e depois o resto do corpo.
- Depois vire o bebê com a barriga para cima apoiando as costas segurando pelo braço complete o banho.
- Lave a cabeça, tendo o cuidado para não deixar entrar água no ouvido.
- Retire o bebê da água e enrolle com a toalha que você deixou ao lado.
- Seque todo o corpo do bebê, as dobrinhas, as orelhas, a cabeça, com movimentos leves e suaves.
- Não use colônias ou talco na pele do bebê.
- Depois de secar bem a pele do bebê, o vista com roupas limpas e confortáveis.
- As unhas devem ser aparadas com tesoura limpa, tendo o cuidado de não cortar muito próximo ao dedo.



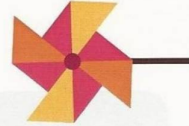
11

SOLUÇO



O soluço no recém-nascido é natural. É importante que os pais observem em quais situações o soluço aparece. As causas mais comuns são:

- Soluço causado pelo frio ou porque o bebê está molhado - deixar o bebê agasalhado e com roupas secas.
- Soluço do estômago cheio — deixar o bebê quase sentado no colo após a mamada, e não "sacudir" o bebê.
- Soluço do estômago vazio — ver se está perto da hora de mamar, e alimentar o bebê.



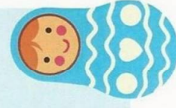
14

CÓLICAS



A cólica no recém-nascido aparece logo nos primeiros dias de vida podendo ir até os três meses de idade. A família pode ficar insegura sem saber o que fazer. Alguns procedimentos podem ser feitos para aliviar as cólicas do bebê.

- Colocar a criança deitada, massagear o abdome com movimentos circulares.
- Fazer massagem, esticando e encolhendo as pernas dele.
- As massagens devem ser realizadas antes das mamadas e nunca após (imediatamente).
- Deitar o bebê em cima da barriga da mãe, mantendo o contato da pele.
- Aplicar compressa morna.
- Pode dar banhos mornos.
- Não utilizar nenhum tipo de chá.



13

SONO E POSIÇÃO PARA DORMIR



Os recém-nascidos em geral dormem a maior parte do tempo entre as mamadas. Eles acordam a cada duas ou três horas para mamar. Durante à noite acordam bastante, com o tempo ele dormirá mais à noite e ficará acordado mais tempo durante o dia.

- Coloque o bebê para dormir com a barriga para cima.
- Não deixe panos ou fraldas próximos ao bebê quando ele estiver dormindo, para não dificultar a respiração do bebê.
- Não coloque o bebê para dormir na cama dos pais.
- Em caso de uso da rede ter o cuidado de não deixar o bebê muito tempo sem dar atenção, e nunca colocar panos dentro da rede.



16

CHORO



O choro é a linguagem que os bebês mostram as suas necessidades, sentimentos e sensações. Identificar o choro é um desafio que requer intuição, conhecimento e aprendizagem por parte dos pais. Com o passar do tempo os pais vão descobrindo os diferentes tons e modos do choro. Ele pode indicar que o bebê está com: fome, sujo ou molhado, sono, frio ou calor, dor, cólica, pode estar com roupa desconfortável, e insegurança.

O que fazer:

- Fique calma, sem ansiedade ou angústia.
- Pegue o bebê no colo, aconchegue e dê carinho.
- Satisfaça as necessidades como troca de fraldas, alimente o bebê oferecendo o peito.
- Coloque roupa confortável e adequada ao clima.



15

TROCA DE FRALDAS



A troca de fraldas deve ser feita sempre que necessário, visando deixar o bebê confortável e limpo, evitando também o aparecimento de assaduras.

- Não levante as pernas, coloque o bebê de lado e limpe no sentido da frente para trás.
- Deve-se ter o cuidado de limpar a criança com algodão úmido em água morna e sabão neutro para evitar assaduras e infecção urinária.
- Observar a pele do bebê: se estiver vermelha ou irritada ele pode estar com assadura.
- Mantenha a pele do bebê o mais seco e limpa possível. Se o problema continuar, procure orientação médica.
- Não usar lenços umedecidos. O uso de lenços umedecidos pode favorecer o aparecimento de assaduras, pois em geral este produto contém álcool, e a pele do bebê é muito sensível.



18

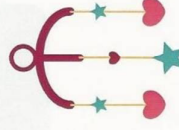
PREVENÇÃO DE QUEDAS



Devemos ter cuidados na prevenção de quedas, já que o trauma é uma situação que pode gerar incapacidades ou até a morte.

Importante:

- Evitar colocar o bebê na cama sem proteção.
- Não deixar crianças menores pegar o bebê no colo pelo risco de queda.
- Ao pegar o bebê para amamentar durante a noite, ter o cuidado para não adormecer com o bebê no braço.



17

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- CHAVES, Edna Maria Camelo; DODT, Regina Cláudia Melo; FREITAS, Maria Célia. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I relacionados com o aleitamento materno. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras; MORAIS, S.C.R.V.; SOUZA,K.V.; DUARTE, E.D., organizadoras. PROENF Programa de atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; p. 71 -91. 2015. (Sistema de Educação Continuada a Distância; v. 1).
- COSTA, Priscila Bomfim, CHAGAS, Ana Carolina Maria Araújo , JOVENTINO, Emanuella Silva, DODT,Regina Cláudia Melo, ORIA, Mônica Oliveira Batista, XIMENES, Lorena Barbosa. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. Rev Rene. 2013; 14(6):1160-7.
- LINHARES, Eliane Fonseca. A saúde do coto umbilical/Eliane Fonseca Linhares.- 3ª.ed.- Jequié: UESB, 2011.
- Protocolo de Enfermagem em Atenção à Saúde de Goiás. Secretaria Municipal de Saúde de Goiás, 2010.
- SOUZA, Aspásia Basile Gesteira. Enfermagem Neonatal cuidado integral ao recém-nascido/Aspásia Basile Gesteira Souza, organizadora. São Paulo: Martinari, 2011.

OBSERVAR SINAIS DE PERIGO

Se o bebê:

- Não consegue beber ou mamar, apresentar vômito, convulsões (tremores) ou se o bebê está "largado", com sonolência, pele roxa, palidez ou barriga inchada.

► **Procure o Serviço de Saúde com urgência**

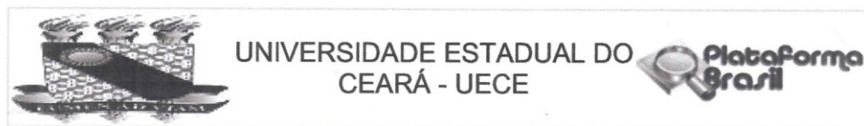
IMPORTANTE:

- Após a visita o bebê ficará agendado para a 1ª consulta de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.
- Realizar o teste do pezinho, para triagem neonatal, preferencialmente, à partir do 3º até o 5º dia de vida.

A comunicação da família com os profissionais de saúde permite que as informações sobre os cuidados com o bebê sejam passadas de forma positiva. É muito importante estabelecer um elo com a equipe de Saúde da Família por meio do Agente Comunitário de Saúde, do Enfermeiro, do Médico de Família, enfim todos que fazem parte da equipe, para ajudar nas práticas domiciliares a fim de reduzir a insegurança da família e de contribuir para um cuidado mais adequado.

ANEXO

ANEXO A - Parecer do comitê de ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA MÃES NO CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM NASCIDO

Pesquisador: Leilianne Maria Costa Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 50717315.9.0000.5534

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARA FUNECE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.331.542

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa tem como temática "CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA MÃES NO CUIDADO DOMICILIAR DO RECÉM NASCIDO".

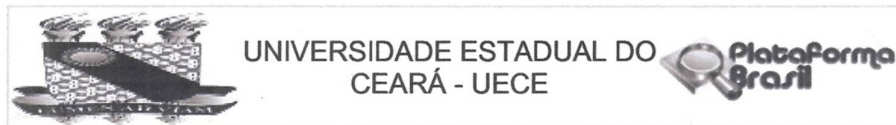
Trata-se de um estudo metodológico de construção e validação de cartilha, que será utilizada para orientar as puérperas durante a visita domiciliar em relação aos cuidados prestados ao recém nascido.

O projeto traz em sua introdução a descrição do problema de conformidade com a literatura estudada, e a autora descreve sua aproximação com o tema e o objeto da pesquisa. Considera-se relevante o estudo, pois uma tecnologia que possa promover uma melhoria no conhecimento das mães, com informações sobre orientações de cuidados ao recém nascido, é, sem dúvida, uma ferramenta para o empoderamento das puérperas no cuidado com seus filhos. A elaboração de uma cartilha com informações para as mães, pode contribuir para que esta cuide do filho com mais segurança, além na minimização da ansiedade e medo, vivenciadas pelas mães e família com a chegada do recém nascido ao domicílio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.331.542

Construir e validar tecnologia educativa para promoção do cuidado materno ao recém nascido no ambiente domiciliar.

Objetivos Secundários:

Identificar dificuldades e facilidades apresentadas pelas mães sobre os cuidados domiciliares prestados ao recém nascido na primeira semana de

Vida;

Realizar validação de aparência e conteúdo de tecnologia educativa para mães no cuidado domiciliar do recém nascido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisadora explicita que os riscos da pesquisa estão relacionados a possíveis constrangimentos durante aplicação do instrumento ou se a participante se sentir cansada, fatigada e com necessidade de amamentar a pesquisadora irá interromper a coleta de dados e agendar um nova data para retornar.

Benefícios:

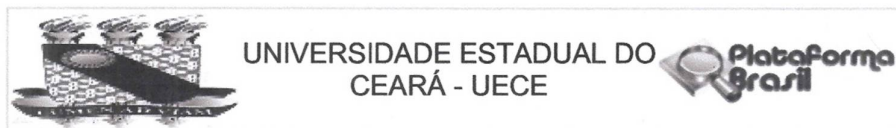
Informa ainda que os benefícios do estudo serão diretos e indiretos, pois as puérperas terão a oportunidade de tirar dúvidas com o pesquisador e as informações coletadas serão utilizadas para a construção de uma cartilha com orientações sobre cuidados maternos ao recém nascido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado. O estudo será do tipo metodológico, com abordagem quantitativa. Para desenvolvimento do estudo, mães de recém nascidos serão entrevistadas para identificação das dificuldades/facilidades no cuidado ao recém nascido na primeira semana de vida.

Os estudos metodológicos são utilizados para aprimorar métodos usados em investigações destinadas ao desenvolvimento ou melhoramento de instrumentos já existentes.

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.331.542

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

- Folha de Rosto devidamente assinada pela Diretora do CCS;
- O TCLE está escrito em linguagem acessível. O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade do pesquisador.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com efeito, sou de parecer favorável à aprovação do Projeto, S.M.J.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_607760.pdf	02/11/2015 18:01:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodetalhado.pdf	16/10/2015 17:14:50	Leilianne Maria Costa Freitas	Aceito
Folha de Rosto	FR_Leilianne.pdf	16/10/2015 17:08:18	Leilianne Maria Costa Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_TA_Leilianne.docx	12/10/2015 18:36:41	Leilianne Maria Costa Freitas	Aceito
Brochura Pesquisa	Leilianne_PB.pdf	12/10/2015 18:36:17	Leilianne Maria Costa Freitas	Aceito

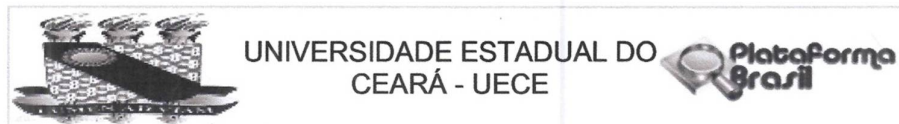
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: anavaleska@usp.br



Continuação do Parecer: 1.331.542

FORTALEZA, 20 de Novembro de 2015

Assinado por:
Ana Carina Stelko-Pereira
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** anavaleska@usp.br