



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGEnf/CCS/UFPI
MESTRADO ACADÊMICO**

NALMA ALEXANDRA ROCHA DE CARVALHO

**TECNOLOGIA EDUCATIVA DO TIPO CARTILHA PARA AUTOEFICÁCIA
MATERNA NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: ELABORAÇÃO
E VALIDAÇÃO**

TERESINA

2020

NALMA ALEXANDRA ROCHA DE CARVALHO

**TECNOLOGIA EDUCATIVA DO TIPO CARTILHA PARA AUTOEFICÁCIA
MATERNA NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO: ELABORAÇÃO
E VALIDAÇÃO**

Relatório final de Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha.

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

TERESINA

2020

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

C331t Carvalho, Nalma Alexandra Rocha de.
Tecnologia educativa do tipo cartilha para autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro : elaboração e validação / Nalma Alexandra Rocha de Carvalho. -- Teresina, 2020.
111 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha.
Bibliografia

1. Enfermagem - Tecnologia em saúde. 2. Educação em saúde. 3. Recém-nascido prematuro. 4. Alta do paciente. I. Título.

CDD 610.73

Dedico este trabalho a minha mãe, Maria do Carmo Sotero Rocha, meu exemplo de amor e dedicação, e, também ao meu irmão, José Alexandre e ao meu esposo Sérgio Alcântara, pelo apoio e incentivo diário.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por realizar todos os meus sonhos, por todas as bênçãos recebidas. Agradeço por me mostrar que sou abençoada, diariamente guiada e iluminada pela sua presença divina no mais íntimo do meu ser.

À minha mãezinha, Maria do Carmo Sotero Rocha, por ter cumprido com maestria o papel de primeira professora, mostrando que estudar sempre foi o melhor caminho, esta conquista é sua e para você! Mãe você foi essencial nesta jornada, por ser meu verdadeiro exemplo de amor, de determinação e dedicação! Obrigada por tudo faz diariamente por mim, te amo!

À meu irmão, José Alexandre Bacelar de Carvalho Neto, obrigada por sempre acreditar no meu potencial, por sua amizade e fraternidade, meu irmão! Me orgulho e me inspiro em você! Você foi importante para eu chegar até aqui. Te amo!

Ao meu esposo Sérgio Alcântara Alves Poty pelo amor, dedicação, cuidado e confiança, você é o meu maior incentivador! Pelos dias que pensei em desistir e você me dava forças para continuar, esse título também é seu meu amor! Te amo!

À família do meu esposo, que agora é minha também: Nem, Dona Lourdes e Maiza por se alegrarem com cada passo percorrido, por ouvir minhas angústias e tristezas e também vibrarem com minhas alegrias, por me acolherem tão bem na sua casa e cuidarem de mim como uma filha, vocês também fazem parte dessa conquista!

Ao meu pai e sua família em Araguaína (meus irmãos e sua esposa), pelas orações, por estarem presente durante esse tempo em ligações, mensagens, vibrando a cada conquista. Obrigada!

Ao meu grande amigo José Diego Marques Santos, com quem compartilhei dúvidas, angústias, mas também, alegrias! Obrigada, meu companheiro de luta, pelo incentivo e apoio durante toda a minha trajetória! Você é um dos meus exemplos que podemos chegar onde quisermos.

As minhas grandes amigas: Dudu, Bela, Raiana, Naty, Carol, Camila pelas horas de desabafos, distrações e alegrias, vocês tornaram meus dias melhores. Amo vocês!

À minha amiga Luana, por me apoiar, me ajuda em pequenas e grandes coisas, sempre esteve disponível nos momentos bons e ruins. Você é muito importante para mim amiga! Obrigada por existir!

À Isabela Ribeiro Sá Guimarães Noletto, pelo belo trabalho, profissionalismo, por transformar os meus pensamentos e desejos em ilustrações da cartilha. Por revisar, reformular quantas vezes foi necessário, com paciência e atenção. Essa dissertação também é sua! Obrigada!

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, por ter me proporcionado crescer profissionalmente desde a graduação, com muitas oportunidades, juntamente com todos os docentes do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI, pelo conhecimento transmitido de forma tão rica. Vocês foram fundamentais e decisivos na minha formação como Enfermeira e, a partir de agora, Mestra em Enfermagem.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, na pessoa da Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, pela dedicação na condução deste Programa de Pós-Graduação e por me oportunizar tanto conhecimento no período que fui bolsista.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em enfermagem e do Departamento de Enfermagem especialmente, à Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia, a Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães e à Profa. MsC. Adriana Cunha Menezes Parente pela torcida, ensinamentos e estímulo desde a graduação.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha, por compartilhar seu saber comigo. Obrigada pela confiança no meu trabalho, por sua competência, sensibilidade, dedicação, atenção e sabedoria em me conduzir pelos caminhos deste estudo. Além disso, agradeço pelos ensinamentos que vão além da vida acadêmica e profissional. Muito obrigada pelo apoio e carinho! A melhor orientadora que alguém poderia ter!

Aos componentes da Banca Examinadora de qualificação e defesa, Profa. Dra. Lucíola Galvão Gondim Corrêa Feitosa, Profa. Dra. Fernanda Valeria Silva Dantas Avelino e Profa. Dra. Herla Maria Furtado Jorge, por sua disponibilidade e atenção na leitura deste trabalho, e, além disso, por suas maravilhosas contribuições e reflexões. Obrigada!

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, especialmente à Ruth, à Lucinete e ao Leonardo, pela disponibilidade, simpatia e gentileza. Obrigada pela ajuda diária!

Aos colegas da turma de mestrado, pela convivência e pela oportunidade de engrandecimento através das discussões e experiências vividas. Em especial Juliane, Ruthiele, Paula, Jefferson e Anna Larissa pelo compartilhamento de conhecimento, pelos momentos divididos juntos, a vocês que se tornaram verdadeiras amigas e tornaram mais leve o meu trabalho. Foi bom poder contar com vocês!

Aos colegas do Grupo de Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Criança e Adolescente pelo compartilhamento de conhecimento, composto pela Prof^a Dr^a Silvana Santiago da Rocha, e por alunos de graduação e pós-graduação extremamente comprometidos com o ensino, pesquisa e extensão.

Aos demais amigos e colegas, pelos momentos de alegria compartilhados e pela torcida de sempre.

Aos meus familiares, que de alguma forma, mesmo que distantes, torceram e acreditaram em mim!

Os juízes que participaram deste estudo, pela receptividade, interesse, confiança e sugestões relevantes. Vocês tornaram possível a realização desse trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro através da bolsa de estudos.

A todos que contribuíram de alguma forma para que eu concretizasse mais este sonho, muito obrigada!

RESUMO

Introdução: Ao se considerar as taxas atuais de morbimortalidade de prematuros, especialmente aqueles de muito baixo peso, torna-se prudente desenvolver ações que envolvam o apoio, a orientação e a instrumentalização dos pais ou acompanhantes para os cuidados cotidianos com o prematuro no ambiente domiciliar. Essas ações devem acontecer desde a admissão na UTI e serem reforçadas durante toda internação hospitalar, levando em consideração as individualidades e capacidade de compreensão de cada família, a fim de fortalecer o enfrentamento na alta hospitalar. **Objetivo:** Validar uma tecnologia educativa do tipo cartilha construída para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar no contexto piauiense. **Método:** Estudo com desenvolvimento metodológico, no qual foi elaborado e validado uma tecnologia educativa do tipo cartilha destinada às mães de prematuro no cuidado de seus filhos no domicílio. O processo de construção e validação da cartilha obedeceu às seguintes fases: 1) elaboração do projeto de desenvolvimento e submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP); 2) levantamento bibliográfico; 3) diagnóstico situacional (*Brainstorming*); 4) elaboração do material educativo e 5) qualificação ou validação do material por especialistas no assunto. Essa tecnologia foi validada por 12 juízes de conteúdo, sendo cinco docentes e sete assistenciais. Para validação do material foi utilizado um instrumento que avaliou cada página da cartilha individualmente quanto a clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, além disso foi utilizado o instrumento *Suitability Assesment of Materials (SAM)*. Este estudo teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, com parecer nº. 2.883.281. **Resultados:** A cartilha, intitulada: “O que você precisa saber sobre o cuidado do prematuro em casa”, foi elaborada com linguagem simples e direta, com ilustrações que retratavam a realidade da população e *layout* que pudesse favorecer na compreensão das informações contidas no material, sendo dividida em seis tópicos: 1. Higiene; 2. Alimentação; 3. Crescimento e desenvolvimento; 4. Cuidados diários; 5. Cuidados especiais/intercorrências e 6. Consultas e vacinas. Após a construção, a cartilha foi validada por juízes de conteúdo que validaram o material utilizando dois instrumentos. Na análise da consistência interna do primeiro instrumento todos os itens foram avaliados significativamente, com Alfa de *Cronbach*: 0,980. Já na análise da consistência interna do instrumento de Validação *SAM*, com base em itens padronizados, obteve coeficiente de alpha de *Cronbach* alto: 0,819. No *SAM* ainda foi calculado a análise percentual dos escores (dividindo a pontuação total das respostas do *SAM* pela pontuação total possível para esse material). A pontuação média para a cartilha foi de 65,54%, esses achados evidenciaram que o material educacional final foi classificado como “adequado”, de acordo com a classificação do instrumento. **Conclusão:** Foi elaborada uma tecnologia educativa do tipo cartilha baseada em revisão de literatura integrativa e diagnóstico situacional com o público alvo. Ela foi considerada válida por juízes docentes e assistenciais em ambos os instrumentos utilizados. De acordo com análise, essa cartilha tem resultados consistentes para a autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro. Acredita-se que essa tecnologia pode ser usada como instrumento educativo para mães de prematuro no cuidado domiciliar, minimizando reinternações e conseqüentemente os índices de mortalidade nesse público.

Palavras-chave: Tecnologia em saúde. Educação em saúde. Recém-nascido prematuro. Alta do paciente. Família.

ABSTRACT

Introduction: Al considerar las tasas actuales de morbilidad y mortalidad de los prematuros, especialmente los de muy bajo peso al nacer, es prudente desarrollar acciones que involucren el apoyo, orientación e instrumentalización de los padres o acompañantes para el cuidado diario del prematuro en el ámbito del hogar. Estas acciones deben tener lugar desde el ingreso a la UCI y reforzarse durante toda la internación, teniendo en cuenta las individualidades y la capacidad de comprensión de cada familia, con el fin de fortalecer el afrontamiento al alta hospitalaria. **Objetivo:** Validar una tecnología educativa tipo cuadernillo construida para promover la autoeficacia materna en el cuidado de recién nacidos prematuros tras el alta hospitalaria en el contexto de Piauí. **Método:** Estudio con desarrollo metodológico, en el cual se diseñó y validó una tecnología educativa tipo cuadernillo para madres de bebés prematuros al cuidado de sus hijos en el hogar. El proceso de construcción y validación del folleto siguió las siguientes fases: 1) desarrollo del proyecto de desarrollo y presentación al Comité de Ética e Investigación (CEP); 2) estudio bibliográfico; 3) diagnóstico situacional (lluvia de ideas); 4) preparación del material educativo y 5) calificación o validación del material por especialistas en la materia. Esta tecnología fue validada por 12 jueces de contenido, cinco profesores y siete asistentes. Para validar el material, se utilizó un instrumento que evaluó cada página del cuadernillo individualmente por claridad del lenguaje, relevancia práctica y relevancia teórica, además, se utilizó el instrumento de Evaluación de Idoneidad de Materiales (SAM). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, con dictamen no. 2.883.281. **Results:** The booklet, entitled: “What you need to know about the care of the premature baby at home”, was created in simple and direct language, with illustrations that portrayed the reality of the population and a layout that could favor understanding the information contained in the material, divided into six topics: 1. Hygiene; 2. Food; 3. Growth and development; 4. Daily care; 5. Special care / complications and 6. Consultations and vaccines. After construction, the booklet was validated by content judges who validated the material using two instruments. In the analysis of the internal consistency of the first instrument, all items were significantly evaluated, with Cronbach's Alpha: 0.980. In the analysis of the internal consistency of the SAM Validation instrument, based on standardized items, it obtained a high Cronbach's alpha coefficient: 0.819. In SAM, the percentage analysis of scores was also calculated (dividing the total score of SAM responses by the total possible score for this material). The average score for the booklet was 65.54%, these findings showed that the final educational material was classified as “adequate”, according to the classification of the instrument. **Conclusion:** An educational technology of the booklet type was developed based on integrative literature and situational diagnosis with the target audience. It was considered valid by teaching and assisting judges in both instruments used. According to analysis, this booklet has consistent results for maternal self-efficacy in the care of premature newborns. that this technology can be used as an educational tool for mothers of premature infants in home care, minimizing readmissions and consequently the mortality rates in this public.

Keywords: Technology. Health education. Premature newborn. Patient discharge. Family.

RESUMEN

Introducción: Al considerar las tasas actuales de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos prematuros, especialmente los de muy bajo peso al nacer, es prudente desarrollar acciones que impliquen el apoyo, la orientación y la instrumentalización de los padres o compañeros para el cuidado diario del prematuro en el entorno del hogar. . Estas acciones deben llevarse a cabo desde el ingreso a la UCI y deben reforzarse durante toda la hospitalización, teniendo en cuenta las individualidades y la capacidad de comprender a cada familia, a fin de fortalecer la capacidad de afrontamiento al alta hospitalaria. **Objetivo:** validar una tecnología educativa tipo folleto creada para promover la autoeficacia materna en el cuidado de recién nacidos prematuros después del alta hospitalaria en el contexto de Piauí. **Método:** estudio con desarrollo metodológico, en el que se diseñó y validó una tecnología educativa tipo folleto para madres de bebés prematuros que cuidan a sus hijos en el hogar. El proceso de construcción y validación del folleto siguió las siguientes fases: 1) elaboración del proyecto de desarrollo y presentación al Comité de Ética e Investigación (CEP); 2) encuesta bibliográfica; 3) diagnóstico situacional (lluvia de ideas); 4) preparación del material educativo y 5) calificación o validación del material por especialistas en la materia. Esta tecnología fue validada por 12 jueces de contenido, cinco maestros y siete asistentes. Para validar el material, se usó un instrumento que evaluó cada página del folleto individualmente para la claridad del lenguaje, relevancia práctica y relevancia teórica, además, se usó el instrumento de Evaluación de la idoneidad de los materiales (SAM). Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación, con el dictamen no. 2.883.281. **Resultados:** El cuadernillo, titulado: “Lo que necesitas saber sobre el cuidado del prematuro en casa”, fue elaborado en un lenguaje sencillo y directo, con ilustraciones que retrataban la realidad de la población y una maquetación que podría favorecer la comprensión de la información contenida en el material, siendo dividido en seis temas: 1. Higiene; 2. Alimentos; 3. Crecimiento y desarrollo; 4. Cuidado diario; 5. Cuidados especiales / complicaciones y 6. Consultas y vacunas. Después de la construcción, el folleto fue validado por jueces de contenido que validaron el material utilizando dos instrumentos. En el análisis de la consistencia interna del primer instrumento, todos los ítems fueron evaluados significativamente, con Alfa de Cronbach: 0.980. En el análisis de la consistencia interna del instrumento de Validación SAM, basado en ítems estandarizados, se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach alto: 0.819. En SAM, también se calculó el análisis porcentual de las puntuaciones (dividiendo la puntuación total de las respuestas de SAM por la puntuación total posible para este material). El puntaje promedio para el cuadernillo fue de 65.54%, estos hallazgos arrojaron que el material educativo final fue clasificado como “adecuado”, según la clasificación del instrumento. **Conclusión:** Se desarrolló una tecnología educativa del tipo cuadernillo con base en literatura integradora y diagnóstico situacional con el público destinatario, se consideró válido por la enseñanza y asistencia de los jueces en ambos instrumentos utilizados, según el análisis, este folleto tiene resultados consistentes para la autoeficacia materna en el cuidado del recién nacido prematuro. que esta tecnología puede ser utilizada como herramienta educativa para las madres de prematuros en el cuidado domiciliario, minimizando los reingresos y consecuentemente las tasas de mortalidad en este público.

Palabras clave: tecnología. Educación en salud. Recién nacido prematuro. Alta del paciente. Familia

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, adaptado do PRISMA. Teresina, PI, Brasil, 2020.....46
- Figura 2** - *Framework* da transição do cuidado do recém-nascido prematuro da maternidade para o domicílio. Teresina, PI, Brasil, 2020.....52
- Figura 3** - Contribuições levantadas pelas mães de prematuros internados acerca dos cuidados domiciliares. Teresina, PI, Brasil, 2020.....60
- Figura 4** - Ilustrações da Capa da Cartilha antes e após alterações sugeridas pelos juízes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Requisitos para escolha de juízes docentes, proposto por Jasper (1994). Teresina, PI, Brasil, 2020.....	38
Quadro 2 - Requisitos para definição de juízes assistenciais proposto por Jasper (1994). Teresina, PI, Brasil, 2020.....	39
Quadro 3 - Pergunta de pesquisa segundo a estratégia População/Problema, Interesse e Contexto. Teresina, PI, Brasil, 2020.....	43
Quadro 4 - Expressão de buscas segundo as bases de dados bibliográficas. Teresina, PI, Brasil, 2020.....	44
Quadro 5 - Síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Teresina, PI, Brasil, 2020.....	47
Quadro 6 - Síntese dos resultados, segundo o título, cuidado domiciliar e sentimentos vivenciados pelas mães durante o cuidado domiciliar. Teresina, PI, Brasil, 2020.....	49
Quadro 7 - Sugestões dos juízes docentes (JD) e dos juízes assistenciais (JA) acerca da cartilha e avaliação dos pesquisadores. Teresina, PI, Brasil, 2020.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil socio-acadêmico de Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....65

Tabela 2 - Caracterização da experiência profissional de Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....66

Tabela 3 - Caracterização do instrumento de validação respondidos por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....67

Tabela 4 - Caracterização do instrumento de Validação SAM (*Suitability Assessment of Materials-SAM*) respondidos por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....70

Tabela 5 - Análise de consistência interna do instrumento de Validação SAM (*Suitability Assessment of Materials-SAM*) respondido por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....71

Tabela 6 - Análise de consistência interna do instrumento de Validação, respondido por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.....72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF - Banco de Danos em Enfermagem
CINAHL - Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CNS - Conselho Nacional de Saúde
DECS - Descritores em Ciências da Saúde
IVC - Índice de Validade de Conteúdo
IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança
JA - Juízes Assistenciais
JD - Juízes Docentes
LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MC - Método Canguru
MDER - Maternidade Dona Evangelina Rosa
MEDLINE - National Library of Medicine
MESH - Medical Subject Headings
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
PS - Promoção da Saúde
RNPT - Recém-nascidos Pré- termo
SCOPUS - Base de dados multidisciplinar da Elsevier
S-CVI/Ave - Média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala)
S-CVI/UA - Proporção de itens de uma escala
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
SAM - Suitability Assessment of Materials
TMI - Taxa de Mortalidade Infantil
UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UCINCa - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UFPI - Universidade Federal do Piauí
WHO - World Health Organization
WOS - Web of Science

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Contextualização do problema	14
1.2 Objeto de estudo	16
1.3 Problema.....	16
1.4 Questão norteadora.....	16
1.5 Justificativa.....	16
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos Específicos	17
3 REFERENCIAL TEMÁTICO	18
3.1 O uso de tecnologias educativas na promoção da saúde	18
3.2 A integralidade do cuidado pós-alta hospitalar ao recém-nascido prematuro.....	22
3.3 Autoeficácia das mães dos recém-nascidos prematuros.....	26
4 PERCURSO METODOLÓGICO	32
4.1 Tipo de pesquisa	32
4.2 O processo de construção da cartilha	32
4.2.1 Aspectos éticos e legais	34
4.2.2 Levantamento bibliográfico.....	34
4.2.3 Elaboração da tecnologia educativa	35
4.2.4 Validação do material por especialistas no assunto.....	37
4.2.5 Análise dos dados	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
5.1 Revisão da literatura	41
5.2 Diagnóstico situacional - <i>brainstorming</i>	59
5.3 A cartilha educativa.....	61
5.4 Caracterização dos juízes.....	64
5.5 Validação da cartilha pelos juízes docentes e assistenciais.....	67
5.6 Readequação do material.....	75
6 CONCLUSÃO.....	79
REFÊRENCIAS	
ANEXOS	
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

O ranking mundial da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2014 teve os primeiros lugares ocupados por nações com índices de mortalidade bem aumentados, como o Afeganistão (1º lugar), com 117,23 por mil nascidos vivos; Mali (2º lugar), com 104,34 por mil nascidos vivos; e Somália (3º lugar), com 100,14 por mil nascidos vivos. Em relação aos países com menor TMI, destacou-se Mônaco (1,81 por mil nascidos vivos), Japão (2,13 por mil nascidos vivos) e Bermudas (2,48 por mil nascidos vivos) (CIA, 2014).

No Brasil, a taxa de mortalidade neonatal é considerada o principal componente da TMI, em especial os dados referentes à morte do neonato precoce (0 a 6 dias de vida) devido à permanência dos problemas na preconcepção ou durante a gestação. A TMI diminuiu de 26,6 para 16,2 por mil nascidos vivos entre os anos de 2000 e 2010 devido à queda na mortalidade pós-neonatal em razão das ações centradas na prevenção e no tratamento de infecções. Durante o período na região Nordeste a taxa reduziu de 38,4 para 20,1 por mil nascidos vivos e, destes, a taxa de mortalidade neonatal era de 22,7 e reduziu para 14,3 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2011; TEIXEIRA et al., 2018).

No Piauí a TMI teve um declínio de 19,9 em 2005, para 15,1/1.000 NV em 2014, representando um decréscimo de 24,1%. O componente neonatal também foi o principal responsável por essa diminuição, passando de 14,0 para 10,6/1.000 NV entre 2005 e 2014, representando uma redução de 24,3% (ARAÚJO FILHO et al., 2017). Na atualidade uma grande preocupação da saúde pública é o aumento de nascimentos de RN prematuros, sendo a maior causa da mortalidade neonatal e contribuindo para aumento no coeficiente de mortalidade infantil (GRANZOTTO; FONSECA; LINDEMANN, 2012).

Segundo a World Health Organization (WHO), cerca de 5% a 18% dos nascimentos em 184 países analisados são de bebês prematuros e essas taxas tem tendência ascendente. No mundo nascem 15 milhões de bebês prematuros por ano, e o Brasil está em décimo lugar, com 279 mil dos partos antes de 37 semanas de gestação (WHO, 2013; DOELLINGER et al., 2017).

As complicações do parto pré-termo foram uma das principais causas de mortes neonatais globais em 2008 e o número de crianças pré-termo e com baixo peso ao nascer vem aumentando constantemente durante as últimas décadas. A prematuridade foi responsável por 14% das causas de mortes de crianças no mundo. Globalmente, 11,1% dos bebês nascem pré-termo, o que equivale a mais de 15 milhões de crianças ou mais de 1 em cada 10 crianças, mais

de 60% desses nascimentos ocorrem na África e sul da Ásia, no entanto os 10 países com as maiores taxas incluem o Brasil, os Estados Unidos, a Índia e a Nigéria (TEIXEIRA et al., 2018).

Os bebês pré-termo são mais vulneráveis ao atraso de desenvolvimento motor, pois essa condição interrompe os processos de maturação do cérebro, o que pode levar a alterações estruturais e de forma anatômica, trazendo como resultado incapacidades funcionais, comportamentais e cognitivas. A criança prematura que não apresenta sequelas graves no nascimento, não está isenta de evoluir com déficits neuropsicomotor como prejuízos de memória, coordenação visomotora e na linguagem durante o seu crescimento (BARBOSA et al., 2017).

Ao considerar as taxas atuais de morbimortalidade de prematuros, especialmente aqueles de muito baixo peso, torna-se prudente a busca por melhores resultados de saúde, pois se trata de um ponto crítico a ser enfatizado nas intervenções em saúde. Nesse sentido o período pós alta hospitalar e de seguimento ambulatorial pode vir acompanhado de diversos tipos de complicações que favorecem intercorrências de vários âmbitos no prematuro, desencadeando internações frequentes no primeiro ano de vida. Assim, evidencia-se a necessidade de compreender a dinâmica do crescimento do prematuro egresso das unidades hospitalares para identificar intercorrências no período de internação e pós-alta hospitalar (ROVER et al., 2015).

Após a alta hospitalar o acompanhamento do recém-nascido de risco é uma das linhas de cuidado prioritárias nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança e um dos compromissos da Unidade Básica de Saúde (UBS) como parte da Primeira Semana Saúde Integral, também exaltada como atividade da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, encontra-se a tarefa de identificação da criança de risco ao nascer (BRASIL; QUEIROZ; MAGALHÃES, 2015).

Assim, o período de nascimento do bebê prematuro para as mães é permeado de múltiplos sentimentos como angústia, fragilidades, insegurança, medos e desafios. Evidencia-se a necessidade de orientações visando a construção do elo entre mães e bebês, buscando a autonomia do cuidado materno (VERONEZ et al., 2017).

Para isso, a promoção à saúde é um dos principais modelos teórico-conceituais que subsidiam as políticas de saúde em todo o mundo e destaca-se a autoeficácia como um de seus conceitos e princípios fundamentais, relevante para o enfrentamento dos desafios contemporâneos na saúde. O conceito de autoeficácia remete à crença na habilidade pessoal de desempenhar, com sucesso, determinadas atividades ou comportamentos que produzam um resultado desejável (RODRIGUES et al., 2017).

1.2 Objeto

- Tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar.

1.3 Problema

- Necessidade de tecnologias educativas do tipo cartilha que promovam a autoeficácia materna no cuidado ao recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar no contexto piauiense.

1.4 Questão norteadora

- Como uma tecnologia educativa do tipo cartilha elaborada para promoção da autoeficácia materna no cuidado ao recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar é válida no contexto piauiense?

1.5 Justificativa

A redução da mortalidade infantil é um dos objetivos do milênio e isso chama a atenção para a realização de pesquisas que subsidiem intervenções principalmente onde as taxas alcançam índices inaceitáveis, como no nordeste brasileiro. Acredita-se que, por meio de esforços entre pesquisadores, instituições e profissionais de saúde, seja possível alcançar a redução destas taxas, tendo por base pesquisas confiáveis que direcionem estratégias capazes de contornar o problema.

O estudo justifica-se pela necessidade de tecnologias educativas que promovam a autoeficácia materna no cuidado aos recém-nascidos prematuro pós-alta hospitalar e a importância do conhecimento das mães para um seguimento de qualidade, além da crescente evolução do desenvolvimento e a validação de tecnologias. E a partir das demandas dessa população gerar novas possibilidades de uso dessas ferramentas, capazes de provocar mudanças de atitudes e condutas, além de favorecer a autonomia e a tomada de decisão dos usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Validar uma tecnologia educativa do tipo cartilha construída para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar no contexto piauiense.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar diagnóstico situacional com as mães de recém-nascido prematuro em ambiente hospitalar;
- Elaborar tecnologia educativa do tipo cartilha baseada em revisão de literatura integrativa;
- Validar tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar quanto ao conteúdo e aparência por juízes de conteúdo (docentes e assistenciais);
- Validar tecnologia educativa do tipo cartilha utilizando o instrumento Suitability Assessment of Materials (SAM) por juízes de conteúdo (docentes e assistenciais).

3 REFERENCIAL TEMÁTICO

3.1 O uso de tecnologias educativas na promoção da saúde

A primeira vez que o termo Educação Sanitária (*Health Education*) foi mencionado no mundo foi em 1919, nos Estados Unidos, onde foi sugerido numa conferência internacional sobre crianças, em que as noções de higiene fossem propostas através de medidas preventivas, imunizações e cuidados individuais, com uma orientação comportamentalista (MELO, 1987).

Já a abordagem inicial da promoção da saúde (PS) refere-se às propostas que enfatizam mudanças comportamentais individuais, por exemplo, tal perspectiva pressupõe que os indivíduos deveriam assumir responsabilidades sobre os efeitos deletérios dos seus hábitos e estilos de vida. O Relatório Lalonde de 1974 marca os primórdios das propostas de PS no Canadá (LALONDE, 1974; BURLANDY, 2016).

A publicação do Relatório Lalonde envolveu um debate internacional em torno da PS e ganhou destaque crescente, após isso houve a realização da Conferência de Alma Ata (OMS, 1978), ambos foram marcos históricos para inclusão de uma perspectiva política de abordagem das intervenções sobre a saúde, que ressalta a articulação da saúde com as condições de vida e a necessidade de intervenções globais sobre seus determinantes (LALONDE, 1974).

Assim, ainda que a PS tenha sido incorporada como tarefa essencial da medicina ou como nível de prevenção das doenças (LEAVELL; CLARK, 1974), foi na Carta de Ottawa (WHO, 1986), em 1986, que a PS se firmou como proposição de natureza política a ser incorporada como diretriz na formulação de políticas públicas de saúde nos países do mundo (MEDINA et al., 2014).

No Brasil, do século XIX até meados do século XX, a prática educativa em saúde também estava relacionada às regras e às normas de prevenção de doenças, por meio da orientação de discurso higienista e intervenções normalizadoras, em virtude das necessidades de domínio sobre epidemias de varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras, nos grandes centros urbanos (REIS et al., 2013).

Seguindo a tendência europeia, no Brasil as primeiras práticas educativas em saúde sistemáticas foram desenvolvidas no início do século XX (MOHR; SCHALL, 1992), com o objetivo de conter epidemias nos grandes centros urbanos, que comprometiam a agroexportação brasileira, compatível com os objetivos desenvolvimentistas da época. Em nome do ideal de desenvolvimento, eram justificadas as “ações de disciplinamento das classes populares, difusão

de regras de higiene e de condutas morais: o exercício do controle social e sanitário” (SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

As práticas educativas, nesta perspectiva, concentravam-se nas cidades e desenvolviam-se em torno da moralidade e da disciplinarização higiênica através do fortalecimento da figura do profissional de saúde e do seu saber técnico, detentor exclusivo do poder de cura e controle sobre a doença (COSTA, 1987).

Na década de 20, com a urbanização crescente das cidades, os problemas de saúde se diferenciaram e se agravaram, havendo a necessidade de maior atuação do Estado sobre as populações. Surge assim a “Educação Sanitária”, acontecimento ilustrativo desse momento foi a polícia sanitária liderada por Oswaldo Cruz, que utilizou recursos como a vacinação compulsória e a vigilância sobre atitudes e moralidade dos pobres com o objetivo de controlar a disseminação de doenças. O Estado exercia sua função de civilizar e moralizar a grande massa da população a fim de obedecerem às normas estabelecidas (REIS et al., 2013).

Segundo Foucault, a partir deste período de “modernidade”, deu-se a invenção política da saúde como a maior riqueza das nações, conceituada como fonte das demais riquezas. Isto porque, para sustentar o ideal de desenvolvimento do capitalismo, o rendimento e a saúde individual passaram a ser indispensáveis ao bom funcionamento da nova engrenagem social, que dependia da mão de obra da massa trabalhadora. Neste contexto, a PS da massa populacional, pela via da normalização dos corpos, seria uma importante estratégia política, executada pela medicina por meio de um discurso essencialmente valorativo (FOUCAULT, 1977).

Um dos grandes equívocos sobre o entendimento de PS é considerá-la como sinônimo de prevenção. Esta confusão teórica vem especialmente do modelo desenvolvido por Leavell e Clark em 1965, o qual se baseava no conhecimento da história natural da doença e nos níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com intervenção de acordo com o estágio de evolução da doença. Na prevenção primária, os autores recomendam que sejam realizadas ações de PS e da proteção específica (LEAVELL; CLARK, 1976).

A abrangência do referencial conceitual da PS para entendimento do processo saúde doença, pensado a partir da sua relação com os determinantes sociais e culturais, se traduz na amplitude de estratégias e intervenções de PS, propostas tanto no âmbito individual como coletivo (TEIXEIRA et al., 2014).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) elaborada em 2006 priorizou algumas ações específicas para sua implementação correlacionadas a esses campos de atuação, como alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do

tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e à promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

Conseqüentemente, as estratégias propostas vão além dos indicativos de mudança comportamental individualizada. No entanto, mesmo no âmbito dessa abordagem ampliada, é possível identificar duas perspectivas com ênfases distintas: a preventivista, sustentada nos modelos epidemiológicos de fatores de risco e prevenção de doenças específicas e a baseada na positividade da saúde e na construção de contextos de vida saudáveis. Os textos das políticas nacionais de PS representam um exemplo de como estas duas lógicas coexistem, pois tratam de doenças ou agravos específicos e trazem um enfoque mais amplo do processo saúde doença, especialmente a PNPS (BURLANDY, 2016).

A Promoção da saúde tem na sua raiz conceitual o alívio do sofrimento das pessoas, e essa relação, apesar de não ser clara em sua definição, é muito importante para os profissionais. Na busca do alívio do sofrimento, existem ações que pertencem ao campo dos serviços de saúde e ações externas aos serviços de saúde. Estas últimas incluem moradia, educação, renda, alimentação, ecossistema estável, recursos sustentáveis, lazer, paz, trabalho com condições dignas, mobilidade, enfim, uma gama de ações que visam o bem comum, a redistribuição das riquezas e a redução das desigualdades sociais (NORMAN, 2013).

A PS busca modificar positivamente as condições de vida; aponta para a transformação do processo individual de tomada de decisão em busca de uma melhor qualidade de vida e saúde; orienta para o fortalecimento comunitário com decisões coletivas visando ao favorecimento das condições de bem-estar e saúde. Já a prevenção orienta-se para as ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de uma determinada enfermidade (BURLANDY, 2016).

As mudanças sociais, culturais, políticas e econômicas que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado produziram alterações importantes na sociedade. Paralelamente, tem-se o desenvolvimento de tecnologias que surgiram para auxiliar os seres humanos a viver de modo mais seguro e a enfrentar as inúmeras adversidades cotidianas. Nesse contexto, a área da saúde também sofreu, e ainda sofre, intensas modificações, tornando-se, dessa forma, cada vez mais importante que sejam aderidas atitudes visando à redução das doenças, sofrimentos e mortes prematuras (MENDES, 2011).

A discussão sobre determinantes e determinação social é bastante interessante, porém se está partindo do pressuposto de que a imagem-objetivo da mudança político-social (macroestrutura) só é possível por meio do processo consciente da Educação Popular e Saúde

(entendimento da determinação social), e também do pressuposto de que a transformação das condições de vida (determinantes sociais) - de forma universalizante - pode iniciar processos solidários que visem à mudança macrossocial, portanto estas não devem ser consideradas dicotômicas ou excludentes, mas partes de um grande processo de transformação social (MAEYAMA et al., 2015)

O empoderamento passa pelo processo de criação de habilidades pessoais por meio de educação e informação, entendidas aqui como instrumentos para aumentar a opção de escolhas saudáveis conscientes e também caminhar no desenvolvimento da cidadania e da Educação Popular e Saúde. As ações de empoderamento devem ultrapassar a lógica de assistência social para a mobilização social, especialmente com apoio e desenvolvimento de iniciativas locais, buscando de fato a autonomia dos sujeitos coletivos (MAEYAMA et al., 2015).

Dessa forma, pode-se afirmar que a educação em saúde constitui instrumento que atua explicitamente na busca da PS, articulando, para esse objetivo, conhecimentos técnicos e populares; recursos institucionais e comunitários; recursos públicos e privados. Nesse sentido, a prática de educação em saúde busca consolidar suas ações no uso de ferramentas que possibilitem uma forma eficaz de construção e difusão de saberes para o empoderamento; construção e transformação do indivíduo (LEMOS et al., 2015).

A estratégia da tecnologia educacional traz benefícios às ações educativas, entretanto, para muitos profissionais de saúde, ainda é uma alternativa longe da realidade dos serviços de saúde. Organizar o trabalho pedagógico, que reflita a intencionalidade da ação educativa e formalizar esta intenção num plano, pressupõe ultrapassar o caráter fragmentado das práticas educativas e alcançar as metas da estratégia educacional (BERARDINELLI et al., 2014).

As metodologias de ensino tradicionais promovem uma relação de passividade e subordinação do educando em relação ao seu educador, o que tem contribuído pouco para o real processo de aprendizagem. Nesse cenário, a criação de novas tecnologias de ensino está mais direcionada para o aprimoramento do processo de formação do indivíduo, por meio do conhecimento, da atuação e das relações (ANDRADE; TALAMINI, 2012).

No intuito de assistir aos pacientes de forma a promover saúde, são desenvolvidas tecnologias como forma criativa e atrativa de difundir conhecimentos, que além de proporcionar o alcance das metas dos pacientes, favorecem uma otimização do trabalho da Enfermagem. Os enfermeiros que implementam tecnologias educacionais nas ações de educação em saúde devem se comprometer com a transformação social da pessoa envolvida no processo educativo. Enfatiza-se a relevância das tecnologias educacionais, visto que essas metodologias dinamizam as atividades de educação em saúde (ÁFIO et al., 2014).

No processo de desenvolvimento de tecnologias educativas é imprescindível que os componentes da tecnologia a ser produzida sejam esteticamente bem elaborados, atraentes e ilustrados de acordo com o público alvo e relacionando-se com a temática proposta. As estratégias e tecnologias devem proporcionar prazer, envolvimento, devem despertar a curiosidade de aprendizado e permitir reflexão sobre o assunto tratado (MARIANO; REBOUÇAS; PAGLIUCA, 2013)

Portanto, percebe-se a nítida necessidade em promover à saúde, utilizando recursos que possibilitem a educação de forma eficaz, motivadora e transformadora, valendo-se, então, das tecnologias educativas e buscando, inclusive, as populações que apresentam maior vulnerabilidade às situações de risco potencial à saúde (LEMOS et al., 2015).

O uso de tecnologias educativas impressas, como manuais, folhetos, folders, livretos, álbum seriado e cartilhas é alternativa viável para informação e sensibilização da população, podendo abrir caminhos novos para a PS por meio da participação da população, numa construção compartilhada de conhecimentos, além de permitir ao paciente e à sua família uma leitura posterior, que reforça orientações verbais, servindo como guia em casos de dúvidas e auxiliando as tomadas de decisão cotidianas (BENEVIDES et al., 2016).

Nesse contexto, são inseridas as tecnologias educativas como instrumentos facilitadores do processo ensino aprendizagem empregados como meio de transferência de informações e conhecimento, proporcionando ao indivíduo a participação em um momento de troca de experiências conducente ao aperfeiçoamento de habilidades (BARROS et al., 2012). Pode-se destacar como tecnologias educacionais os manuais, cartilhas, jogos, oficinas, programas e softwares educativos (TELES et al., 2014).

3.2 A integralidade do cuidado pós-alta hospitalar ao recém-nascido prematuro

Nos países em desenvolvimento a prematuridade é considerada um problema de saúde pública, devido ao alto índice de morbimortalidade infantil (KLOSSOSWSKI, 2016), 70% das mortes no primeiro ano de vida estão relacionadas ao período neonatal e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir esses altos índices no país (FERREIRA JUNIOR, 2018).

Diante disso, os Recém-nascidos Pré-termo (RNPT) e/ou com baixo peso necessitam de uma monitorização rigorosa em seus primeiros momentos de vida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Dentro da UTIN eles vivenciam uma sobrecarga de estímulos sensoriais que influencia negativamente o desenvolvimento sensório-motor. Somando-se a isso,

a própria condição de prematuridade e baixo peso ao nascer já predis põem os RNs a preju ízos durante o seu desenvolvimento ao longo da infância (CABRAL et al., 2015).

Ainda que os prematuros não aparentem comprometimento neurológico durante o período neonatal eles possuem um maior risco de atraso no desenvolvimento motor em relação aos RNs a termo (KANAZAWA et al., 2014).

Devido a todos esses aspectos, os neonatos prematuros hospitalizados tendem a ser percebidos por suas mães como frágeis, necessitando assim de dedicação e cuidados especiais. É muito comum que elas sintam culpa devido ao fato de não poderem continuar a gestação até que o recém-nascido nascesse a termo, bem como pelos sentimentos negativos que envolvem o nascimento de um bebê diferente do desejado, que está doente e em um ambiente permeado por aparelhos e por uma rotina diferente da esperada (SOUZA; ARAÚJO; COSTA, 2013).

O medo e insegurança são sentimentos presentes em toda a experiência, desde a descoberta da gravidez de alto risco, e, se potencializam com o nascimento e as interações estabelecidas no contexto hospitalar, perpetuando-se até o cuidado domiciliar do prematuro. O medo e a insegurança são fontes de sofrimento. A perpetuação de sentimentos negativos, por outro lado, pode configurar-se numa situação de estresse persistente e de crise familiar. Por vezes, o medo associado à prematuridade é reforçado nas relações com os profissionais de saúde, gerando maior apreensão e sobrecarga emocional (COSSUL et al., 2016).

Assim, o prematuro necessita de cuidados especializados para sua sobrevivência, o que se torna um desafio à equipe, aos pais e para o próprio bebê, eles necessitam de acompanhamento integral ao seu desenvolvimento, considerando um cuidado para os problemas orgânicos e "interacionais" do bebê que podem surgir após a alta hospitalar (KLOSSOSWSKI, 2016).

A transição para o domicílio é o momento mais esperado e quando se concretiza é vivenciado com alegria e alívio. Apesar disso, traz para a família novos desafios para a integração do prematuro à dinâmica familiar, já impactada pelos processos sociais vividos durante o tempo de gestação e hospitalização. A insegurança quanto à qualidade da continuidade do cuidado e o medo de a criança vir a ter complicações se fazem presentes nos momentos iniciais da transição para o domicílio. Trata-se de uma vivência solitária e permeada por tensões. A crença na fragilidade do prematuro, reforçada nas interações com os profissionais no preparo para a alta, fragiliza os pais afetivamente e gera preju ízos na construção da autonomia parental (CUSTÓDIO et al., 2013).

Um estudo realizado em hospitais universitários iranianos com mães de prematuros internados em UTIN e outro desenvolvido no ambulatório de seguimento do prematuro (follow-

up) de Fortaleza no Estado do Ceará, Brasil evidenciou que as orientações recebidas pelos profissionais da UTIN contribuem de forma substancial para o cuidado desses neonatos no domicílio, entretanto, as orientações feitas pela equipe multiprofissional não acontecem de forma sistematizada e geralmente são realizadas de maneira informal, além do que poucas orientações de cuidados domiciliares foram relatados pelas mães entrevistadas, o que leva a questionar sobre a forma e o momento em que essas orientações eram feitas ou mesmo a possibilidade de fatores, como ansiedade e estresse, interferirem na aprendizagem das mães (ZAMANZADEH et al., 2013; FROTA et al., 2013).

Outra pesquisa realizada hospital-escola do Estado do Paraná com mãe de RNPT evidenciou que embora a totalidade das mães tenha sido orientada a realizar acompanhamentos especializados em razão das demandas da prematuridade de seus filhos (fonoaudiólogo, neurologista, neonatologista), ressalte-se que tais acompanhamentos não dispensam a necessidade de, também, realizar a puericultura na UBS, dada sua importância além de uma responsabilidade pertinente da Estratégia de Saúde da Família e fundamental à tarefa de monitoramento das populações de risco em sua área de abrangência (SCHMIDT; HIGARASHI 2012).

Teoricamente, qualquer recém-nascido prematuro pode cursar com problemas futuros, porém, ao realizar um seguimento individualizado, os objetivos da continuidade desse cuidado podem ser assim traduzidos: acompanhar a adaptação da criança ao ambiente após a alta hospitalar; incentivar o vínculo família-criança; acompanhar o crescimento pondero-estatural, acompanhar o desenvolvimento, diagnosticando e tratando precocemente seus desvios, observando as particularidades de cada caso; gerenciar o acompanhamento de outros profissionais envolvidos no atendimento à criança e analisar dados do seguimento ambulatorial, procurando correlacionar com o atendimento pré e pós-neonatal, a fim de promover melhorias no serviço de saúde perinatal (BRAGA; SENA, 2012).

A Sociedade Pediátrica do Canadá elegeu critérios de prontidão de alta para prematuros que incluem: demonstração de maturação funcional nas áreas de competências fisiológicas de termorregulação; controle da respiração; estabilidade respiratória; habilidades de alimentação e ganho de peso e avaliação do ambiente físico e psicossocial da alta. Sugeriu também que sejam garantidas na pré-alta: avaliações; testes de rastreio; vacinações e, principalmente, a educação dos pais para cuidar de seu bebê, além da garantia de um plano de acompanhamento adequado (STOKOWSKI, 2014).

Apesar dessas recomendações um estudo realizado na Dinamarca constatou que na alta hospitalar, todos os prematuros incluídos no estudo estavam em aleitamento materno e no 14º

dia após a alta da criança, 55,2% dos bebês se encontravam em aleitamento materno, 36,2% estavam em aleitamento materno exclusivo e 8,6% dos bebês já tinham sido desmamados (MAASTRUP et al., 2014; GOMES et al., 2017).

Com relação ao aleitamento materno, em estudos realizados mostrou que as taxas de amamentação exclusiva em bebês prematuros na alta hospitalar até o sexto mês de vida, estão abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde e considerando ainda, que o desmame precoce levam as condutas como utilização de mamadeira e chupetas nos bebês (KLOSSOSWSKI, 2016).

Para evitar esse tipo de acontecimento a preparação da mãe para o cuidado domiciliar do RN deveria ser realizado durante toda a internação do prematuro, entretanto, na prática, observa-se que a segunda etapa do Método Canguru (MC) é a mais importante para o aprendizado e preparação da família para a alta desse bebê. O ambiente familiar da unidade canguru torna favorável o desenvolvimento de habilidades e a aquisição de conhecimentos específicos que reduzem a ansiedade e aumentam a autoconfiança para o cuidado domiciliar da família e, principalmente, da mãe (ALCANTARA et al., 2017).

Diretamente relacionado a amamentação, no seguimento do prematuro, após a alta hospitalar, o ganho ponderal é considerado um diagnosticador importante da condição de saúde, porém salienta-se que sua análise não deve ser dissociada do contexto familiar em que a criança está inserida. Nesta fase, o crescimento, num contexto amplo, depende não somente das variáveis relacionadas ao período neonatal, mas também é influenciado pelas condições socioeconômicas e pelo ambiente familiar, bem como pelos programas de intervenção precoce para detecção, atenuação, e se possível, reversão de problemas que possam comprometer o adequado crescimento (VIERA et al., 2013).

Além disso, existem outros cuidados relacionados à prematuridade que poderiam ser informados pelos profissionais da saúde, tais como: cuidados ao receber visita, estimular o bebê a sugar, manutenção da temperatura do bebê, evitar lugares úmidos e com aglomerados de pessoas, limpeza da casa com pano úmido, uso de medicações de acordo com a prescrição médica, importância do retorno das consultas, sinais de perigo para a saúde do bebê, pausar amamentação caso o bebê fique dispneico, entre outros (FROTA et al., 2013).

Ressalta-se que os cuidados especiais dispensados aos prematuros, após a alta hospitalar, vão além das necessidades e rotinas de seguimento de um bebê a termo e saudável, devido ao risco ao qual eles estão expostos, e por apresentarem padrão de crescimento anormal, deficiências motoras, auditivas, de linguagem, aprendizado e socioemocionais, exigem a

necessidade de um atendimento sistematizado em longo prazo (MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012).

As mães relatam a alta hospitalar como um momento desafiador da adaptação que delinea um novo cenário assistencial. No cenário da atenção pediátrica, esse processo de alta hospitalar levou ao aumento do número de crianças que foram para casa dependentes de algum tipo de tecnologia. Portanto, no preparo para alta, deve-se também considerar essa transformação, direcionando seu foco para a capacitação da mãe para lidar com as necessidades específicas do filho. Para tanto, ela deve ser orientada sobre a função e o manejo da tecnologia (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012).

A continuidade do cuidado após a alta hospitalar é fundamental para a qualidade de vida da criança nascida prematura e sua família, entretanto estudos têm alertado que o cuidado voltado para as especificidades clínicas do prematuro e uma cobertura interdisciplinar após a alta não é realidade em nosso meio. Além disso, efetivar a assistência exige um suporte dos serviços de saúde e apoio social, pessoas com as quais a família pode contar, que possui fragilidades no contexto da atenção à saúde da criança no Brasil (BRAGA; SENA, 2013).

A alta planejada, em conjunto com a família, e as visitas domiciliares são uma fonte de apoio na redução de ansiedade e medo. O fornecimento de informações, atenção humanizada e seguimento desse processo, com implementação de intervenções no domicílio, aumentam a capacidade de adaptação da família e reduzem os riscos de estresse e o número das reinternações frequentes (ALCANTARA, 2017). Assim, acompanhar o prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, representa um investimento em sobrevida, garantindo menores taxas de novas internações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida e maiores e melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento (VARGAS; BENEDETTI; WEINMANN, 2017).

3.3 Autoeficácia das mães dos recém-nascidos prematuros

Culturalmente, a mulher é reconhecida como a detentora e geradora do cuidado, sendo a ela atribuídos os cuidados diretos à criança. Ela se sente a única com conhecimento suficiente para cuidar do seu bebê. Essa atitude pode trazer repercussões para seu estado emocional, especialmente, o sentimento de sobrecarga devido à ausência de uma rede de apoio familiar consistente, tanto pelo conceito de autossuficiência da mãe, quanto pelo afastamento dos familiares devido às dificuldades de acesso ao bebê prematuro na UTIN, como pelo abalo da estrutura familiar, devido à concepção de que não se deve estabelecer vínculo com uma criança que poderá morrer a qualquer momento (ALCÂNTARA et al., 2017).

No cuidado familiar, a mulher detém o saber sobre o cuidado, o qual é aprendido no convívio com outra mulher, durante sua vida e transmitido para as filhas ou netas. A mulher é geradora do cuidado, é ela quem se organiza, faz arranjos internos à família e assume o controle quando algum membro precisa de cuidados. Mesmo com algumas mudanças ocorridas com o papel da mulher na sociedade, como profissionalização e maior independência financeira, é ela que ainda carrega o peso de algumas representações consideradas socialmente corretas, como a de ser mãe (MORAIS; QUIRINO; CAMARGO, 2012).

A prematuridade acarreta inúmeros transtornos, afeta o âmbito familiar que aguarda a chegada de um filho saudável e gera gastos imensuráveis para o sistema de saúde, por desencadear necessidade de internação em UTIN por longos períodos. Deve-se atentar que o prematuro extremo precisa de acompanhamento após a alta hospitalar, visto que a maioria apresentará déficit no crescimento e desenvolvimento e necessitará de intervenção de uma equipe multidisciplinar (FERREIRA JUNIOR et al., 2018).

O comportamento parental pode, também, ser influenciado pela representação que estes têm sobre um bebê prematuro. Habitualmente, os pais tendem a achá-lo mais vulnerável e necessitando de mais cuidados e proteção (SANTOS et al., 2013). Por outro lado, mães de bebês prematuros (devido às características destes) têm sido descritas como menos sensíveis, mais controladoras, intrusivas e ativas nas interações com os seus filhos, características consideradas prejudiciais para o desenvolvimento da criança (ALEXANDRE et al., 2016).

A internação de um filho em UTIN é uma experiência difícil e desafiadora para as mães e suas famílias, uma vez que, o ambiente altamente moderno e tecnológico da UTIN separam os bebês fisicamente, psicologicamente e emocionalmente de seus pais, somando a essa condição, adicionam-se diversos problemas a serem enfrentados pelas famílias durante o período de internação, entre os quais, a vivência da separação do bebê, o medo da doença, do desconhecido, do ambiente hospitalar e a incerteza quanto ao presente e futuro do seu familiar, isto é, da evolução clínica do bebê e de sua sobrevivência (VERONEZ et al., 2017).

As mães de RNPT são, em sua maioria, de cor parda, e de baixa escolaridade, e em relação a antecedentes obstétricos, são primíparas, e tiveram o pré-natal inadequado, com número de consultas inferior ao recomendado (SILVA et al., 2017). Em relação à situação conjugal, sabe-se que a ausência de um companheiro pode influenciar para que haja um nascimento prematuro. A gestante solteira tem mais chances de ter um trabalho de parto prematuro, devido ao estresse causado pela responsabilidade e ansiedade causadas pela chegada do filho. O casamento funciona como fator protetor contra o desenvolvimento de um parto pré-termo (FERREIRA JUNIOR, 2018).

Um contexto que é reconhecido por ser permeado pela alta prevalência de estresse materno é o nascimento prematuro seguido da hospitalização do neonato em uma UTIN. De acordo com a teoria do efeito tamponador, o apoio social pode gerar benefícios atuando como proteção aos fatores patogênicos associados aos agentes estressores (COHEN; WILLS, 1985). Assim, faz-se relevante avaliar como as mães percebem o apoio social durante esse período, principalmente aquelas que permanecem no hospital como acompanhantes de seus bebês, mesmo após elas terem recebido alta (CHOURASIA; SURIANARAYANAN; ADHISIVAM, 2013).

A falta e/ou a presença de redes de apoio social, pessoal e institucional desestruturadas geram entraves na busca por caminhos satisfatórios para enfrentamento do nascimento prematuro. Inúmeros fatores podem afetar o ciclo de interações satisfatórias entre pais e filhos, como o comportamento particular desses bebês e a dificuldade de estabelecimento de vínculo, prejudicando o desenvolvimento da identidade e autonomia parental e, conseqüentemente, dificultando o desenvolvimento de estratégias que possam facilitar a integração do prematuro à dinâmica familiar (COSSUL; SILVEIRA; PONTES, 2016).

Após o parto a mãe ainda enfrenta uma delicada fase, o estabelecimento do vínculo afetivo com o bebê pode ser comprometido, o que pode gerar desordens no relacionamento entre ambos. Assim, facilitar a aproximação dos pais com seu filho contribui para a formação de um laço de afeto e, por conseguinte, instrumentaliza a mãe para o cuidado com a criança (VERONEZ et al., 2017).

Diversos autores têm demonstrado o impacto que as relações pais/criança e em particular a qualidade das mesmas têm no nível do desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo, não só nos primeiros anos de vida como, também, ao longo do ciclo vital (BOWLBY, 1998). Desta forma, não só do ponto de vista acadêmico como, também, no âmbito do trabalho de prevenção e intervenção psicossocial com as famílias, a compreensão dos fatores protetores e de risco devem ser levantados (ALEXANDRE, 2016).

No estudo do impacto da prematuridade na relação mãe-bebê um dos aspectos a considerar é o *bonding*, definido por Klaus e Kennell (1976) como uma ligação única, específica e duradoura formada entre a figura materna e o bebê. Esta ligação, facilitada pelo sistema hormonal da mãe e estimulada pela presença do bebê, tem início nos primeiros contatos entre a figura materna e recém-nascido, tendo a investigação demonstrado que o contacto físico mãe-bebê após o parto tende a favorecer o *bonding* materno, potencializando, posteriormente, interações mais positivas na díade (FIGUEIREDO et al., 2009).

Contrariamente, nas situações em que estes primeiros contatos após o parto não são possíveis, os pais tendem a lidar com sentimentos de fracasso. Estas não devem ser, contudo, vistas numa perspectiva de causa-efeito, dado que as relações são construídas ao longo dos primeiros anos de vida (ALEXANDRE, 2016).

A vivência diária com o bebê pré-termo é fundamental para o desenvolvimento da autoconfiança e a reestruturação do papel materno. Essas atividades, implementadas ainda no âmbito da unidade neonatal, constituem uma estratégia de preparo das mães para o desafio do cuidado no domicílio, além de propiciar ao profissional a oportunidade de avaliar se o cuidado prestado e a assistência educativa estão sendo conduzidos de forma adequada (VERONEZ et al., 2017).

A percepção de autoconfiança ou autoeficácia reflete a crença na capacidade de realizar com sucesso uma atividade/comportamento. Essa percepção pode influenciar as atividades realizadas, o tempo investido e a persistência em manter a mesma, especialmente quando o indivíduo se depara com barreiras para este comportamento (BANDURA, 1977).

A autoeficácia é um construto chave da teoria sociocognitiva desenvolvido pelo psicólogo Albert Bandura, da Universidade de Stanford e está associada com comportamentos positivos relacionados à saúde, e se refere à crença na capacidade de organizar e executar determinada tarefa ou comportamento com êxito. Não se refere às habilidades próprias em si mesmas, mas aos julgamentos de valor sobre o que cada indivíduo pode fazer ou se sente capaz de realizar com suas próprias habilidades. Portanto, a autoeficácia inclui confiança para superar barreiras à mudança de comportamento bem-sucedida, bem como a capacidade de executar e avaliar o comportamento sob uma série de condições pessoais, sociais e ambientais (BANDURA, 1977; BANDURA, 1986; BANDURA, 1997; BANDURA, 2004).

No glossário da promoção da saúde da OMS, o termo “autoeficácia” é um termo do referindo-se às crenças dos indivíduos acerca da sua capacidade em realizar uma ação que afeta as suas vidas, determinando como elas sentem, pensam, se esforçam, se motivam, se comportam e o quanto vão persistir diante de obstáculos e experiências aversivas (WHO, 2012).

Desde que Albert Bandura, em 1977, surgiu com o construto da autoeficácia, inúmeros estudos em diferentes áreas do conhecimento têm evidenciado o poder preditivo e mediacional dessa crença, especialmente como um determinante crítico da motivação para o comportamento. Indivíduos que apresentam alta autoeficácia numa tarefa ou conjunto de subtarefas específicas, tendem a ser mais persistentes, motivados e com maiores probabilidades de sucesso. O inverso tem se mostrado verdadeiro nos estudos empíricos (IAOCHITE; AZZI, 2012).

Na teoria social cognitiva de Bandura (1986), o pensamento e a ação humana são considerados produtos de uma inter-relação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e emocionais. Dessa forma, os indivíduos são agentes que podem fazer coisas acontecerem com seus atos e se envolvem de forma proativa em seu próprio desenvolvimento. A autoeficácia ou confiança materna se refere à habilidade da mãe para desempenhar satisfatoriamente os cuidados com o seu filho menor de 5 anos de idade (JOVENTINO, 2010) e melhoria na execução de qualquer ação ou comportamento relacionado à saúde do mesmo (JOVENTINO et al., 2013b).

A crença otimista na própria capacidade de lidar com desafios diários aumenta a motivação para participar, de forma construtiva, frente demandas. Em professores, essa questão é fundamental na medida em que as situações cotidianas, se avaliadas como desafios, contribuem para um melhor desempenho profissional (XU, 2012).

De acordo com Bandura (1977, 1986), os indivíduos formam crenças de autoeficácia, interpretando informações sobre suas próprias capacidades. Esta informação provém de quatro fontes: 1) experiências de maestria ou experiência pessoal, 2) experiências vicárias ou indiretas, 3) persuasão verbal ou social e 4) estados fisiológicos e emocionais. Apesar de essas fontes influenciarem a percepção de eficácia, é a maneira como o indivíduo integra essas experiências que determina a autoeficácia.

1) Experiências pessoais: os indivíduos interpretam suas experiências anteriores e, com base nessas interpretações, constroem seus julgamentos de eficácia pessoal. Experiências vistas como positivas servem como indicador de capacidade, e experiências interpretadas como negativas indicam incapacidade. Essa experiência pessoal (positiva e negativa) é a principal fonte de autoeficácia. Ou seja, as pessoas se julgam capazes ou não de exercer determinada ação baseadas mais em suas experiências anteriores do que em qualquer outra coisa (BANDURA, 1997).

2) Experiências vicárias: as pessoas constroem julgamentos acerca das próprias capacidades por meio da observação de modelos (sociais). Observar alguém que o sujeito julga como semelhante executando determinada ação pode fazer com que esse sujeito se sinta capaz de fazer o mesmo (BANDURA, 1997).

3) Persuasão social: os indivíduos também criam e desenvolvem crenças de autoeficácia por meio de incentivos dos outros, que podem ser feitos de forma verbal ou não verbal. Além disso, o ambiente social pode persuadir o sujeito de que ele é, ou não é, capaz de realizar determinado conjunto de ações (BANDURA, 1997).

4) Indicadores fisiológicos: ansiedade, estresse, dores são reações do organismo que um indivíduo pode sentir ao enfrentar situações ameaçadoras. Tais estados fisiológicos podem ser interpretados pelo sujeito como falta de capacidade em executar determinado curso de ação. Todas reações baseadas no comportamento do indivíduo (BANDURA, 1997).

Dentre os mecanismos que compreendem a agência humana, as crenças de autoeficácia assumem, papel central. Essas crenças são julgamentos que os indivíduos fazem acerca das próprias capacidades de organizar e realizar ações específicas, e influenciam na maneira como o indivíduo pensa e se comporta nos ambientes sociais de que faz parte (SELAU et al., 2018).

As pessoas com altos níveis de autoeficácia encaram tarefas difíceis como desafios a serem enfrentados; esforçam-se mais e são resilientes. Conseqüentemente, tais crenças influenciam nas decisões que as pessoas tomam no decorrer da vida, fazendo com que escolham, geralmente, caminhos que as levam a exercer ações que se consideram capazes, e evitar ações que se julgam incapazes (SELAU et al., 2018).

Dessa forma, e suma importância que as mães se sintam capazes de exercer os cuidados dos seus filhos prematuros no ambiente domiciliar, para isso é de extrema relevância que os serviços de saúde fomentem o desenvolvimento dessas fontes de autoeficácia.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico, o qual se refere à elaboração e validação de um instrumento e técnica de pesquisa que possa posteriormente ser utilizado por outras pessoas (POLIT; BECK, 2011). Tal delineamento metodológico é utilizado na elaboração e no desenvolvimento de estratégias tecnológicas que possam ser implementadas e avaliadas em ambiente educacional e assistencial, tendo como objetivo a criação de produtos ou serviços (RODRIGUES, 2007).

Nesse estudo foi elaborado e validado uma tecnologia educativa do tipo cartilha destinada as mães de prematuro no cuidado de seus filhos no domicílio.

4.2 O processo de construção da cartilha

A construção da cartilha educativa se embasou na metodologia de Echer (2005), a qual apresenta as etapas do processo de construção de materiais educativos para a área da saúde. De acordo com Echer (2005), o processo de construção de materiais educativos impressos obedece às seguintes fases: Primeiro - elaboração do projeto de desenvolvimento e submissão a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP); Segundo - levantamento bibliográfico; Terceiro - elaboração do material educativo; Quarto - qualificação ou validação do material por especialistas no assunto.

Neste estudo, segunda etapa foi adaptada e acrescida de um item denominado de diagnóstico situacional com o público alvo. Levando em consideração que a tecnologia educativa do tipo cartilha deve englobar aspectos culturais, espaciais e regionais, a realização do diagnóstico situacional do grupo com o qual esse trabalho foi indispensável para conhecer sua realidade.

O diagnóstico situacional foi realizado por meio de *Brainstorming* (“Tempestade de Ideias”), no qual as mães elencaram as principais dificuldades durante os cuidados aos recém-nascidos prematuros no domicílio.

O *Brainstorming*, por ser uma técnica de grupo, tem por objetivo coletar informações de todos os participantes, sem críticas ou julgamentos. Logo, destina-se ao recolhimento de informações e sugestões viabilizadoras de soluções, através da qual ideias e pensamentos,

acerca de determinadas situações, são compartilhadas espontaneamente entre os membros (OSBORN, 1957).

Dessa forma o *brainstorming* aconteceu em agosto de 2018 na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) na Maternidade Dona Evangelina Rosa (MDER), conhecida como “Enfermaria Canguru”. A UCINCa é o último local, durante toda a internação, que as mães têm a oportunidade de estar junto com profissionais de saúde durante todo o dia, é um período de preparação, nessa ocasião o RN já passou pela UTIn e está aguardando o peso e critérios de prontidão ideal para ir para o domicílio.

Nesse momento as mães já foram preparadas para cuidar dos seus filhos durante toda internação e agora estão teoricamente prontas para o cuidado no domicílio, com acompanhamento ambulatorial. Dessa forma esse local foi escolhido, devido o momento em que as mães estão vivenciando com seus filhos e a experiência que tiveram durante os dias/meses anteriores de internação, com dúvidas mais direcionadas devido ao fato de estar se aproximando o momento da alta.

A escolha da maternidade deu-se por ser um hospital que segue as recomendações da Política nacional de assistência ao recém-nascido prematuro de baixo peso, consolidadas no MC, credenciado pelo Ministério da Saúde. Por ter ainda recebido o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com referência em aleitamento materno cujo foco é tratar à mulher e o RN dando apoio à família, sempre dentro dos valores da perspectiva de assistência humanizada de acordo com a proposta da instituição dentro do MC e da Rede Cegonha. Tendo todas as etapas do MC implantadas nesta Maternidade, além dos neonatos saírem de alta com o acompanhamento ambulatorial assegurado.

O coordenador do *brainstorming* foi a pesquisadora participante (mestranda), o secretário: outro mestrando do grupo de estudo do pesquisador responsável e os membros foram o público alvo: mães de prematuros internados na UCINCa. Todas as mães que acompanhavam seus filhos prematuros e estavam na UCINCa foram convidadas, na ocasião haviam 15 mães. Três mães, após a explicação da pesquisa se retiraram e 12 participaram, assinaram o TCLE e foram colaborativas com as respostas.

Em seguida a coordenadora e o secretário se apresentaram, organizaram o ambiente (em forma de círculo) e explicaram o objetivo da atividade para então serem levantadas as informações, baseado no tema (cuidados aos prematuros após alta hospitalar: o que vocês ainda precisam saber?), assim houve a discussão e conclusões oportunas.

Vale ressaltar que na ocasião todas as dúvidas que foram levantadas pelas participantes foram sanadas ao final do encontro.

4.2.1 Aspectos éticos e legais

O estudo foi aprovado pela MDER, após essa autorização o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) que obteve aprovação por meio do parecer nº. 2.883.281 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, com CAAE nº. 96521118.3.0000.5214 (ANEXO B).

Destaca-se que foram obedecidos pelos pesquisadores os princípios da ética, sigilo e confidencialidade. Aos participantes (público alvo) foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), garantindo a confidencialidade, a privacidade, e, ainda, a não utilização das informações em prejuízo dos participantes da pesquisa, conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que trata dos procedimentos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os participantes (juízes) foram convidados eletronicamente (via e-mail) a participar do estudo por carta convite (APÊNDICE A) sendo que, no ato do aceite, foi solicitado a leitura e a assinatura e devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C).

Estes receberam orientações sobre os objetivos e metodologia do estudo, e seguridade do direito ao sigilo de informações pessoais e ao anonimato, da desistência em qualquer etapa do estudo sem qualquer ônus, assim como a autorização para a divulgação dos resultados em publicações futuras.

4.2.2 Levantamento bibliográfico

Esta etapa consistiu na busca na literatura especializada do conhecimento científico existente sobre o assunto, com vistas a definir conceitos e cuidados importantes que poderiam contribuir para o crescimento e desenvolvimento adequado do prematuro no domicílio baseado em evidências científicas.

O levantamento bibliográfico ocorreu mediante uma revisão integrativa, visando definir os conteúdos relevantes, juntamente com o diagnóstico situacional, a serem abordados na cartilha. Com base na revisão integrativa, foram identificados os principais assuntos relacionados aos cuidados pós-alta de recém-nascidos prematuros a serem prestados em domicílio, a partir dessas informações foram selecionados os cuidados mais citados nos artigos para compor o conteúdo da cartilha.

A elaboração dessa revisão se estruturou por cinco etapas centrais, quais sejam: identificação do problema e elaboração da questão norteadora; busca dos estudos na literatura; avaliação de dados encontrados nos estudos; análise de dados com síntese e conclusões destes; e apresentação da revisão integrativa.

As bases onde foram realizadas as buscas LILACS (Literatura Latino - Americana em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Danos em Enfermagem) via Portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); PubMed / Medline (National Library of Medicine), Scopus - Base de dados multidisciplinar da Elsevier, CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) e WOS(Web of Science) via Portal da Capes. A questão norteadora que embasou a revisão foi: “Quais são as evidências científicas acerca do cuidado materno ao recém-nascido prematuro no domicílio?”.

Foram utilizados descritores controlados, não controlados e palavras-chave, estes construídos a partir da estratégia PICO. A combinação dos descritores e palavras-chave foi realizada por meio dos operadores booleanos AND e OR, visando ampliar o quantitativo de estudos. Os descritores foram extraídos do DECS (Descritores em Ciências da Saúde) no Portal BVS e do MESH (Medical Subject Headings) na National Library.

Assim, obteve-se uma amostra de 24 estudos ao final da primeira etapa de avaliação dos artigos, sendo: LILACS: 15; BDENF: 05; MEDLINE: 01, CINAHL: 01; SCOPUS: 02 e WOS: 0. Na segunda etapa, procedeu-se a leitura completa dos 24 estudos para identificar aqueles que respondiam satisfatoriamente à questão de pesquisa e/ou tinham pertinência com o objetivo do estudo. Desse processo, obteve-se uma amostra de 14 artigos.

Como a amostra parcial da revisão teve um número sub-representado de artigos internacionais, um terceiro pesquisador realizou buscas via *Google Scholar* de modo a acrescentar artigos que contribuíssem para a resposta da pergunta de pesquisa. Desse modo, cinco artigos internacionais de outras buscas foram adicionados, totalizando uma amostra final de 19 artigos.

4.2.3 Elaboração da tecnologia educativa do tipo cartilha

O referencial teórico que foi utilizado para a elaboração da tecnologia educativa, do tipo cartilha foi a Teoria de Autoeficácia de Bandura (1989). Após a seleção do conteúdo, foi realizada a elaboração dos textos a serem incluídos na cartilha. Estes foram organizados de forma coerente, baseado na literatura atualizada, em Manuais do Ministério da Saúde e livros

da área de interesse, utilizando linguagem acessível para facilitar a compreensão do material pelo público alvo.

Para a elaboração da cartilha educativa, fez-se um esboço inicial da elaboração textual do conteúdo com os assuntos específicos que foram abordados em cada página da cartilha, de acordo com os resultados da revisão de literatura e do diagnóstico situacional. Foi realizada uma associação entre os assuntos retratados em cada página da cartilha e as possíveis ilustrações em cada página em documento Word.

Após isso, foi realizado contato com dois profissionais, o primeiro responsável pelas ilustrações e o outro pela diagramação do material final. Tomou-se o cuidado para que as ilustrações fossem atrativas, de fácil compreensão e condizentes com o contexto cultural da população-alvo. Após as ilustrações prontas o pesquisador fez avaliação prévia do material confeccionado sugeriu modificações acerca de posicionamento e cores para posterior envio ao Design gráfico (para a diagramação da cartilha).

Destaca-se que ambos os profissionais tiveram acesso ao conteúdo da revisão integrativa e aos resultados do diagnóstico situacional, para melhor adequação da realidade da população também no material impresso.

Para a elaboração dos desenhos, foi utilizado o programa *Autodesk SketchBook*. Na diagramação da cartilha, a fim de chamar atenção do leitor, foi utilizado tamanhos e fontes diferentes, a saber (informações técnicas): Família Tipográfica - Gotham Round, Título da Capa - Gotham Round Bold, tamanho da letra - 18pt, Tópicos - Gotham Round Medium, tamanho da letra - 16pt, Subtítulos - Gotham Round Medium, tamanho da letra - 13pt, Textos - Gotham Round Book, tamanho da letra - 12pt / 11pt. Numeração - Gotham Round Medium, tamanho da letra - 9pt

Na elaboração do material educativo utilizou-se uma linguagem clara, simples, coloquial e direta para melhor compreensão do conteúdo exposto. Para instruções escritas, um recurso para leitura de palavras foi escrever sentenças curtas, usando palavras comuns e na voz ativa, conforme utilizado na cartilha. As frases foram escritas de modo que indivíduos com baixo nível de escolaridade possam ler e compreender o material, visto que uma linguagem difícil poderia dificultar a compreensão do conteúdo exposto (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

O uso de ilustrações no material educativo teve o intuito de explicar ou enfatizar ideias importantes do texto, sendo apresentadas ilustrações de boa qualidade, alta definição e familiares ao público-alvo. No que se refere ao layout e design, a capa da cartilha apresentou imagens, cores e textos atrativos, de forma que o público-alvo capte a mensagem principal ao visualizar o material (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Foram utilizadas três cores alternadas para organização de sequência do conteúdo de acordo com as grandes categorias, com o intuito de facilitar a compreensão da mensagem pelos leitores.

4.2.4 Validação do material por especialistas no assunto

Após a elaboração da cartilha educativa, é necessário validá-la, por meio da apreciação de comitê composto por juízes, os quais possuam saberes variados em níveis e contextos diferentes. Com isso, pretendeu-se comparar os objetivos da cartilha com o conteúdo, analisando abrangência e representatividade. Destaca-se que, baseado nos resultados, os conteúdos foram mantidos, revisados e/ou eliminados (LACERDA; MAGALHÃES; REZENDE, 2007).

Dessa forma após a elaboração, a cartilha foi encaminhada simultaneamente para validação por dois grupos de juízes de conteúdo: grupo 1 – juízes com experiências na área da docência, os quais foram denominados de juízes docentes e grupo 2 – juízes com experiência na área da assistência, nomeados de juízes assistenciais.

Dentre os tipos de validação, optou-se pelas análises de conteúdo e de aparência. A análise de conteúdo foi realizada para verificar se os conceitos representados de modo adequado, bem como se os itens eram representativos (POLIT; BECK, 2011). A análise de aparência foi necessária para que os juízes pudessem avaliar clareza e compreensão para a população à qual se destina (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O primeiro instrumento de validação utilizado avaliou: clareza da linguagem (As figuras e os textos possuem linguagem clara, compreensível e adequada para a população?), pertinência prática (As figuras e os textos possuem importância para a cartilha?) e relevância teórica (O conteúdo de cada figura e texto é relevante?) de cada página individualmente.

O outro instrumento de validação foi *Suitability Assesment of Materials* (SAM) (ANEXO A) como um dos instrumentos que pode ser utilizado para avaliação de materiais educativos impressos. O instrumento SAM destaca-se por abordar uma avaliação mais rigorosa e quantificada de materiais, a ser utilizado em qualquer meio. O instrumento consiste em um *check-list* com seis categorias (1. conteúdo, 2. linguagem adequada para a população; 3. ilustrações gráficas, listas, tabelas, gráficos; 4. layout e tipografia; 5. estimulação para aprendizagem e motivação; 6. adequação cultural) (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Para identificação e recrutamento dos juízes docentes e assistenciais foram utilizados pelo menos dois requisitos descritos por Jasper (1994), para que pudessem ser considerados

como especialistas na área temática deviam atender aos seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência; possuir habilidade/conhecimento especializado que torna o profissional uma autoridade no assunto; possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo; possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes; e possuir classificação alta atribuída por uma autoridade (Quadro 1).

Quadro 1 - Requisitos para escolha de juízes docentes, proposto por Jasper (1994). Teresina, PI, Brasil, 2020.

REQUISITO	CARACTERÍSTICA
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	-Ter experiência profissional assistencial junto ao público de neonatos prematuros e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; - Ter experiência docente na área de interesse*; -Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde do neonato prematuro.
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	-Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; -Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*; -Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*; -Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de interesse*; -Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	-Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; -Ter autoria em artigo(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em periódico(s) classificados pela CAPES; -Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	-Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	-Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; -Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: saúde da criança, prematuridade, cuidados, saúde da família/coletiva/pública. Fonte: Carvalho (2020).

A amostra de juízes docentes e assistenciais de conteúdo foi feita por meio de amostragem de rede ou bola de neve, a qual, segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), é uma estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras, como nesse caso, em que se exigem características muito específicas dos juízes. Assim, quando se encontrou um participante que se enquadrasse nos critérios de

elegibilidade estabelecidos, foi solicitado ao mesmo que indicasse outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK, 2011).

Após indicação dos juízes utilizou-se dados do currículo lattes para verificar se enquadravam nos requisitos exigidos, para posteriormente iniciar um contato via e-mail.

Quadro 2 - Requisitos para definição de juízes assistenciais proposto por Jasper (1994). Teresina, PI, Brasil, 2020.

REQUISITO	CARACTERÍSTICA
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido(s) pela experiência.	-Ter experiência profissional assistencial junto ao público de neonatos prematuros e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos; -Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde de neonatos.
Possuir habilidade/ conhecimento especializado(s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	-Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*; -Ter orientado trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*; -Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; -Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de interesse*.
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	-Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*; -Ter autoria em resumos(s) científicos(s) com temáticas relativas à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); -Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	-Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	-Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*; -Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is) ou internacional(is), cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área de interesse*.

*Área de interesse: saúde da criança, prematuridade, cuidados, saúde da família/coletiva/pública. fonte: Carvalho (2020).

No que se refere ao número de juízes que devem participar do processo de validação Lynn (1986) afirma que é necessário um quantitativo entre três e 10 juízes por categoria, além disso, é válido destacar a necessidade de uma quantidade ímpar de juízes, a fim de evitar empate de opiniões (VIANNA, 1982). Ressalta-se que ao todo 20 juízes foram convidados (9 juízes docentes e 11 juízes assistenciais), mas somente 17 aceitaram participar e 12 devolveram (5 juízes docentes e 7 juízes assistenciais) o material em tempo hábil. A validação da cartilha realizada pelas duas categorias de juízes ocorreu no período de dezembro de 2019.

Aos juízes que preencheram os critérios de elegibilidade, respeitando os requisitos mínimos propostos por Jasper (1994), no e-mail enviado aos mesmos foi anexado uma Carta convite; Sinopse sobre a Autoeficácia (para leitura e melhor entendimento do referencial utilizado nesse estudo para elaborar a Cartilha); Cópia da Cartilha educativa em tamanho real; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (para preencher, assinar e enviar de volta); Instrumento “Suitability Assessment of Materials - SAM”; Instrumento de Validação da cartilha (APÊNDICE D) e um instrumento de caracterização dos juízes, docentes (APÊNDICE E) e assistenciais (APÊNDICE F) (JOVENTINO, 2010).

O prazo para os juízes retornarem com a avaliação da cartilha foi de 10 dias e para os participantes que não atenderam a esse período, foi feito um novo contato e prorrogado o prazo por mais 10 dias, sendo excluídos da pesquisa os que não enviaram o material até o segundo prazo estipulado.

4.2.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados, processados e analisados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0, e apresentados em tabelas e gráficos. Para análise da validade de conteúdo da cartilha educativa, foi usado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado com base em três equações matemáticas: o $S - CVI/Ave$ (média dos índices de validação de conteúdo para todos os índices da escala), $S - CVI/UA$ (proporção de itens de uma escala) que atinge escores 3 - realmente relevante, e 4 - muito relevante, por todos os juízes) e o $I CVI$ (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006).

Quanto à validade de aparência, foi considerado como critério de pertinência pelo menos 75% de concordância entre cada grupo de participantes (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006). Os resultados do questionário dissertativo foram organizados com base na síntese das respostas, de modo que a análise foi feita de maneira descritiva e discutida segundo a literatura pertinente.

Os escores do SAM são avaliados como “superior”, valendo 2 pontos; “adequado”, 1 ponto; e “inadequado”, 0 ponto, conforme critérios objetivos incluídos no instrumento que possibilitam tanto o cálculo da média dos valores quanto a análise percentual. Assim, de acordo com a quantidade de fatores que fizeram parte do instrumento, foi feita análise percentual dos escores alcançados, conforme orienta Doak, Doak e Root (1996), de modo que, se a cartilha alcança de 70% a 100% dos escores, é considerada material educativo “superior”; de 40 a 69%, “adequado”; e de 0 a 39%, “inadequado”.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tecnologia educativa do tipo Cartilha, intitulada: “O que você precisa saber sobre o cuidado do prematuro em casa” foi construída, a partir da teoria da autoeficácia suas quatro fontes (experiência de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos). Sua construção se deu por meio de uma revisão aprofundada da literatura mais a realização de um diagnóstico situacional.

5.1 Revisão da literatura (Para revista Acta Paulista Enfermagem)

A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio

Resumo

Objetivo: sintetizar evidências acerca do cuidar materno ao recém-nascido prematuro no domicílio e elaborar um framework que explique a transição do cuidado do recém-nascido prematuro da maternidade para o domicílio.

Métodos: Revisão integrativa da literatura que seguiu recomendações metodológicas para responder à questão: “Quais são as evidências científicas acerca do cuidado materno ao recém-nascido prematuro no domicílio?”. Para seleção dos artigos, utilizou-se seis bases de dados: LILACS e BDENF via Portal BVS; PubMed/ Medline, Scopus, CINAHL e Web of Science via Portal da Capes. Ao fim das buscas e posterior análise 19 artigos compuseram a amostra final da revisão integrativa. A análise dos dados ocorreu mediante a leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.

Resultados: Através do *framework*, é possível obter uma síntese dos resultados de forma visual, facilitando a tradução do conhecimento e a aplicabilidade de intervenções de enfermagem durante a transição do cuidado do prematuro, da maternidade para o domicílio, baseados na síntese de evidências. A análise desses estudos revelou três categorias: Sentimentos de mães durante o cuidado do prematuro no domicílio; O cuidar do prematuro no domicílio e Rede de apoio no cuidado do prematuro no domicílio.

Conclusão: Durante a transição da maternidade para casa, a família enfrenta um turbilhão de sentimentos que podem ser, de certo modo, paradoxos, tendo em vista que o regozijo por conta da alta-hospitalar pode emergir também com a ansiedade e insegurança sobre o novo papel.

Descritores: Recém-nascido prematuro; Alta do paciente; Família; Relações profissional-família.

Introdução

A prematuridade, condição referente ao nascimento de bebês antes de 37 semanas completas de gestação, tem sido apontada como a principal causa mundial de morbimortalidade neonatal há cerca de uma década, e atualmente também está associada com a mortalidade infantil até os cinco anos de idade. Universalmente, a cada ano, 15 milhões de bebês nascem

prematturos, representando aproximadamente 11% de todos os partos, vale ressaltar que esses números vêm aumentando na maioria dos países.⁽¹⁾

No Brasil, na última década, foram registrados mais de 279 mil nascimentos prematturos, totalizando cerca de 17,7% dos partos, sendo que o nascimento precoce do bebê está associado à morte neonatal, constituindo 70% dos casos. As principais causas de parto prematturo estão relacionadas a gestação precoce ou tardia, a desnutrição associada ao baixo peso durante o período gestacional, tratamentos de infertilidade, infecções no trato urinário e vulvovaginites, complicações obstétricas, qualidade da assistência pré-natal, dentre outros.⁽²⁾

Os bebês que nascem prematturos, muitas vezes, precisam de cuidados neonatais intensivos, bem como de suporte tecnológico, para que possam se adaptar de maneira satisfatória à vida extrauterina e, muitas vezes, enfrentar um longo período de internação hospitalar. Destaca-se que mesmo após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), unidade responsável por manter o equilíbrio fisiológico dos bebês prematturos, ainda reside um risco acentuado de morbimortalidade para os recém-nascidos, pois são pacientes com quadro clínico imprevisível e que necessitam de cuidados diários dos pais que podem estar despreparados, o que estende o risco de morbimortalidade mesmo após a alta hospitalar.⁽³⁾

Diante desse cenário, faz-se necessário um planejamento de ações adequadas, para que seja assegurado ao bebê que nasceu prematturo uma transição segura e suave do âmbito hospitalar para o domicílio. O planejamento da alta deve ser desenvolvido e implementado por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais do hospital em conjunto com os pais e demais familiares dos prematturos, e ainda deve contar com o apoio e referência dos profissionais da atenção primária de saúde que irão dar segmento ao acompanhamento. Esse trabalho conjunto para alta hospitalar, facilita a prontidão familiar e melhora os resultados dessa transição.⁽⁴⁾

Assim, deverão ser desenvolvidas ações que envolvam o apoio, a orientação e a instrumentalização dos pais ou acompanhantes para os cuidados cotidianos com o bebê prematturo desde a sua admissão, sendo que essas informações devem ser reforçadas durante a internação hospitalar levando em consideração as individualidades e capacidade de compreensão de cada família, a fim de fortalecer o enfrentamento na alta hospitalar.⁽⁵⁾

Diante disso, cabe aos profissionais de saúde enfrentarem o desafio de promover ações de educação em saúde, como orientações às mães acerca dos cuidados essenciais à alta hospitalar recém-nascido prematturo, a fim de atingir melhores resultados de saúde neonatal. Para melhorar as condições de alta de recém-nascidos prematturos, é importante revisar estudos científicos sobre o tema, a fim de obter informações que fomentem intervenções de saúde

baseadas em evidências. Desse modo, esse trabalho objetiva sintetizar evidências acerca do cuidar materno ao recém-nascido prematuro no domicílio e elaborar um framework que explique a transição do cuidado do recém-nascido prematuro da maternidade para o domicílio.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura, o qual permite realizar a busca, a avaliação crítica e a síntese de resultados de pesquisas sobre um tema investigado, contribuindo com o avanço do conhecimento e a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde.⁽⁶⁾

A elaboração de um estudo dessa natureza perpassa por cinco etapas centrais, quais sejam: identificação do problema e elaboração da questão norteadora; busca dos estudos na literatura; avaliação de dados encontrados nos estudos; análise de dados com síntese e conclusões destes; e apresentação da revisão integrativa.⁽⁷⁾

Para a construção da pergunta norteadora utilizou-se a estratégia “População/Problema, Interesse e Contexto” (PICO). Esta estratégia se fundamenta na segmentação da pergunta de pesquisa e permite que o pesquisador selecione palavras que tragam a definição apropriada ao questionamento inicial, identificando a melhor informação científica acerca do tema. O quadro 3 descreve a estratégia utilizada na formulação desta revisão.⁽⁸⁾

Quadro 3 - Pergunta de pesquisa segundo a estratégia População/Problema, Interesse e Contexto. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Acrônimo/ Definição	Proposta do estudo	DC	DNC	Tipo
P População/ Problema	Cuidado Materno	“Comportament o Materno”	“Comportamento Materno”, “Cuidado Materno”, “Cuidado da mãe”	DeCS
		“Maternal Behavior”	“Maternal Behavior”, “Behavior, Maternal”, “Maternal Care Patterns”, “Care Pattern, Maternal”, “Maternal Care Pattern”, “Pattern, Maternal Care”	MeSH/ Títulos CINAHL
I Interesse	Recém-Nascido prematuro	“Recém-Nascido Prematuro”	“Recém-Nascido Prematuro”, “Bebê Prematuro”, “Neonato Prematuro”, “Neonato Pré-Termo”, “Prematuridade”, “Prematuro”, “Pré-Termo”, “Prematuros”, “Recém-Nascido Pré-Termo”	DeCS
		“Infant, Premature”	“Infant, Premature”, “Infants, Premature”, “Premature Infant”, “Preterm Infants”, “Infant, Preterm”, “Infants, Preterm”, “Preterm Infant”, “Neonatal Prematurity”	MeSH
Co Contexto	Domicílio	“Habitação”	“Habitação”, “Domicílio”	DeCS
		“Home nursing”	“Home nursing”	MeSH

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Legenda: DC: Descritor Controlado/ DNC= Descritor Não Controlado

Assim, a questão norteadora elaborada baseada no acrônimo foi: “Quais são as evidências científicas acerca do cuidado materno ao recém-nascido prematuro no domicílio?”. Para seleção dos artigos, utilizou-se seis bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Danos em Enfermagem) via Portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde); PubMed / Medline (*National Library of Medicine*), Scopus – Base de dados multidisciplinar da Elsevier, CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*) e Web of Science via Portal da Capes.

A pesquisa dos artigos ocorreu entre os meses de abril e maio de 2019, utilizando os descritores controlados, não controlados e palavras-chave conforme descrito no quadro 3. A combinação dos descritores e palavras-chave foi realizada por meio dos operadores booleano AND e OR, visando ampliar o quantitativo de estudos. Os descritores foram extraídos do DECS (Descritores em Ciências da Saúde) no Portal BVS e do MESH (*Medical Subject Headings*) na *National Library*. Entre os descritores/palavras-chave do mesmo acrônimo da estratégia PICO, foi utilizado o OR e para a combinação entre acrônimos diferentes, o AND.

A seleção foi realizada de forma independente por dois revisores. Após leitura de títulos e resumos a inclusão das produções foi realizada quando os revisores obtiveram índice de concordância de 100%. Em situação de divergência, buscou-se um consenso com a participação de um pesquisador auxiliar. O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações PRISMA.⁽⁹⁾ As buscas podem ser reproduzidas por meio das expressões de buscas de cada base (Quadro 4).

Quadro 4 - Expressão de buscas segundo as bases de dados bibliográficas. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Base de dados	Expressão de busca
LILACS - Via BVS (31 artigos)	(tw:(mh:(“comportamento materno”)) OR (tw:(“comportamento materno”)) OR (tw:(“cuidado materno”)) OR (tw:(“cuidado da mãe”))) AND (tw:(mh:(“recém-nascido prematuro”)) OR (tw:(“recém-nascido prematuro”)) OR (tw:(“bebê prematuro”)) OR (tw:(“neonato prematuro”)) OR (tw:(“neonato pré-termo”)) OR (tw:(“prematividade”)) OR (tw:(“prematuro”)) OR (tw:(“prematuros”)) OR (tw:(“recém-nascido pré-termo”)) OR (tw:(“pré-termo”))) AND (tw:(mh:(“habitação”)) OR (tw:(“habitação”)) OR (tw:(“domicílio”))) AND (instance:"regional") AND (db:"LILACS")
BDENF- Via BVS (21 artigos)	(tw:(mh:(“comportamento materno”)) OR (tw:(“comportamento materno”)) OR (tw:(“cuidado materno”)) OR (tw:(“cuidado da mãe”))) AND (tw:(mh:(“recém-nascido prematuro”)) OR (tw:(“recém-nascido prematuro”)) OR (tw:(“bebê prematuro”)) OR (tw:(“neonato prematuro”)) OR (tw:(“neonato pré-termo”)) OR (tw:(“prematividade”)) OR (tw:(“prematuro”)) OR (tw:(“prematuros”)) OR (tw:(“recém-nascido pré-termo”)) OR (tw:(“pré-termo”))) AND (tw:(mh:(“habitação”)) OR (tw:(“habitação”)) OR (tw:(“domicílio”))) AND (instance:"regional") AND (db:"BDENF")
	(((((“Maternal Behavior”[MeSH Terms]) OR “Maternal Behavior”) OR “Behavior, Maternal”) OR “Care Pattern, Maternal”) OR “Maternal Care Patterns”) OR “Maternal Care Pattern”) OR “Pattern, Maternal Care”) AND ((((((“Infant, Premature”[MeSH Terms]) OR

MED LINE (01 artigo)	“Infants, Premature”) OR “Premature Infant”) OR “Preterm Infants”) OR “Infant, Preterm”) OR “Infants, Preterm”) OR “Preterm Infant”) OR "Neonatal Prematurity")) AND (("Home nursing"[MeSH Terms]) OR "Home nursing")
CINAHL (01 artigo)	(((MH “Maternal Behavior”) OR “Maternal Behavior”, OR “Behavior, Maternal” OR “Maternal Care Patterns”, OR “Care Pattern, Maternal” OR “Maternal Care Pattern” OR “Pattern, Maternal Care”)) AND (((MH "Infant, Premature”) OR “Neonatal Prematurity” OR “Infants, Premature” OR “Premature Infant” OR “Preterm Infants” OR “Infant, Preterm” OR “Infants, Preterm” OR “Preterm Infant”)) AND (((MH “Home nursing”) OR “Home nursing”))
SCOPUS (06 artigos)	(ALL ("Maternal Behavior") OR ALL ("Behavior, Maternal") OR ALL ("Maternal Care Patterns") OR ALL ("Care Pattern, Maternal") OR ALL ("Maternal Care Pattern") OR ALL ("Pattern, Maternal Care")) AND (ALL ("Infant, Premature") OR ALL ("Infants, Premature") OR ALL ("Premature Infant") OR ALL ("Infants, Preterm") OR ALL ("Preterm Infants") OR ALL ("Infant, Preterm" ,) OR ALL ("Preterm Infant") OR ALL ("Neonatal Prematurity")) AND ALL ("Home nursing")
Web of Science (sem registros)	((ALL= ("Maternal Behavior") OR ALL= ("Behavior, Maternal") OR ALL= ("Pattern, Maternal Care") OR ALL= ("Maternal Care Patterns") OR ALL= ("Care Pattern, Maternal") OR ALL= ("Maternal Care Pattern")) AND (ALL= ("Infant, Premature") OR ALL= ("Infants, Premature") OR ALL= ("Preterm Infants") OR ALL= ("Premature Infant") OR ALL= ("Neonatal Prematurity") OR ALL= ("Infant, Preterm") OR ALL= ("Preterm Infant") OR ALL= ("Infants, Preterm")) AND (ALL= ("Home nursing") OR ALL= ("Home nursing"))))

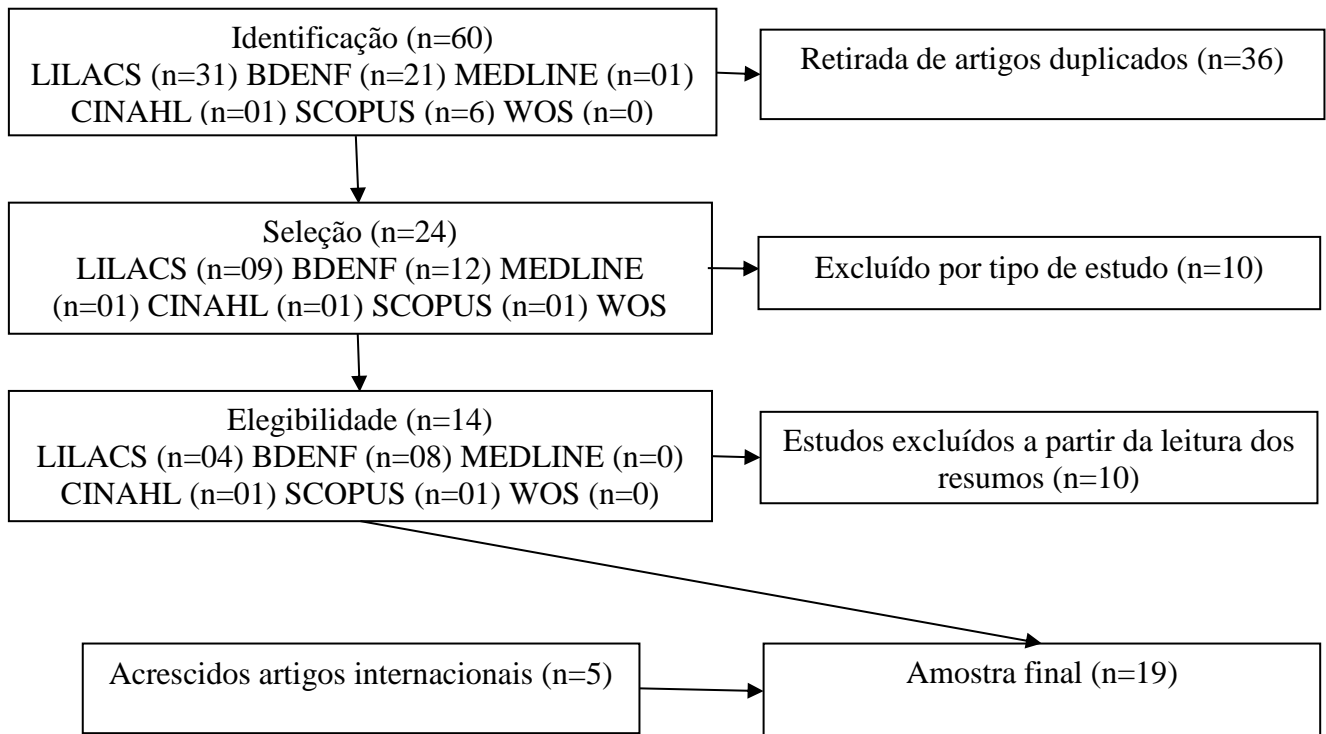
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a revisão foram: estudos primários e que abordavam a temática em questão. Os critérios de exclusão para os artigos selecionados foi apenas artigos duplicados. Não houve delimitação de tempo ou idioma.

A delimitação de estudos qualitativos deu-se pela sua capacidade metodológica de trazer aspectos e percepções sobre sentimentos e vivências acerca do cuidar materno ao recém-nascido prematuro no domicílio. Para Minayo, a pesquisa qualitativa através de seu curso analítico e sistemático, transforma os diferentes conhecimentos que tem como matéria prima opiniões, crenças, valores, representações, relações e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade.⁽¹⁰⁾

Assim, obteve-se uma amostra de 24 estudos ao final da primeira etapa de avaliação dos artigos, sendo: LILACS: 15; BDENF: 05; MEDLINE: 01, CINAHL: 01; SCOPUS: 02 e WOS: 0. Na segunda etapa, procedeu-se a leitura completa dos 24 estudos para identificar aqueles que respondiam satisfatoriamente à questão de pesquisa e/ou tinham pertinência com o objetivo do estudo. Desse processo, obteve-se uma amostra de 14 artigos. Como a amostra parcial da revisão teve um número sub-representado de artigos internacionais, um terceiro pesquisador realizou buscas via *Google Scholar* de modo a acrescentar artigos que contribuíssem para a resposta da pergunta de pesquisa. Desse modo, cinco artigos internacionais de outras buscas foram adicionados, totalizando uma amostra final de 19 artigos. O fluxograma com o detalhamento das etapas de pesquisa está apresentado na figura 1

Figura 1 - Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos, adaptado do PRISMA. Teresina, PI, Brasil, 2020.



A análise dos dados ocorreu mediante a leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa dos artigos que compuseram a amostra final da revisão integrativa. Os resultados foram apresentados por meio de quadros e tabelas e discutidos na literatura pertinente. Utilizou-se o formulário adaptado, no qual foi preenchido para cada artigo da amostra final, contemplando as seguintes informações: autores/ano, tipo de estudo, país/idioma e principais resultados.

A elaboração do *framework* ocorreu depois de leituras reiterativas e diálogo entre os autores do artigo em relação aos resultados obtidos. Os autores deste trabalho criaram as figuras do *framework* e têm *copyrights* em relação as mesmas.

Resultados

Constatou-se que os 19 estudos selecionados foram publicados entre os anos de 2004 e 2018, sendo que a maioria (quatro) foi de 2012 (21,05%), seguido de três em 2010 (15,79%). Os anos de 2014, 2017/ e 2018 apresentaram dois artigos, representando uma amostra de 10,53% cada ano, os demais anos 2004, 2008, 2009, 2011, 2013, 2016 apresentaram apenas um (5,26% cada).

Em relação aos principais resultados, foi evidenciado que todos (100%) os artigos versavam sobre questões referentes ao apoio profissional/orientações a esse público, tanto no

momento da internação quanto durante e após a alta. Além disso, foi relatado a relevância do apoio familiar/ social no cuidado ao recém-nascido prematuro no momento de transição do hospital para o domicílio. Abordaram também questões relacionadas a preocupações, sentimentos, dificuldades e facilidades durante o cuidado com o prematuro no domicílio. Esses dados foram apresentados no quadro 5.

Quadro 5 - Síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Nº	Autores/Ano	Tipo de Estudo	País/ Idioma	Principais resultados
01	¹¹ Fonseca LMM et al./ 2004	Metodologia participativa	Brasil/ Português	Por meio de uma cartilha educativa, direcionou-se orientações para as mães sobre os cuidados simplificados com seus filhos prematuros.
02	¹² Simioni AS, Geib LTC/ 2008	Descritivo	Brasil/ Português	A percepção das mães revela um apoio predominantemente intra-familiar, principalmente, pela avó, responsável por construir e administrar o ninho e inclusão social.
03	¹³ Morais AC, Quirino MD, Almeida MS/ 2009	Descritivo	Brasil/ Português	As mães executaram os cuidados de acordo com as necessidades frente ao crescimento e desenvolvimento de seu filho.
04	¹⁴ Soares DC et al/2010	Exploratório o-descritiva	Brasil/ Português	A mãe configura-se como figura importante durante o período de hospitalização de seu filho. O suporte familiar foi uma dificuldade encontrada, entretanto, estava baseada em situações pregressas com outros filhos.
05	¹⁵ Souza NL et al./2010	Descritivo	Brasil/ Português	O desenvolvimento de crianças prematuras pode ser prejudicado pela falta de suporte psicoemocional familiar.
06	¹⁶ Souza NL et al./ 2010	Descritivo	Brasil/ Português	Os sentimentos negativos interferem no cotidiano familiar, no trabalho e na vida social, assim como despreparo da equipe de saúde sobre as orientações para a transição da internação hospitalar para o ambiente domiciliar.
07	¹⁷ Murdoch MR, Franck LS/ 2011	Fenomenológico	EUA/ inglês	A transição entre o ambiente hospitalar para o domicílio foi marcada por medo, entretanto, à medida que houve melhora da saúde de seu filho, houve ganho de confiança pelas mães.
08	¹⁸ Botelho SM et al./ 2012	Teoria das Representações Sociais	Brasil/ Português	A dinâmica familiar e o ambiente domiciliar configuram-se como influenciadores na recuperação da saúde do bebê prematuro, assim como seu desenvolvimento.
09	¹⁹ Braga PP, Almeida CS,	Descritivo	Brasil/ Português	Observou-se insegurança da mãe nos cuidados de seu filho em ambiente domiciliar, visto que haja julgamento da cuidadora sobre a necessidade de uma equipe de saúde para auxiliá-la.

	Leopoldino IV/ 2012			
10	²⁰ Couto FF, Praça NS/ 2012	Descritivo	Brasil/ Português	Ressalta-se a importância de cartilha educativa oferecida pelo serviço, assim como a relevância do apoio social, principalmente, o familiar, para o cuidado do bebê em domicílio.
11	²¹ Schmidt KT, Vhigarashi IH/ 2012	Descritivo	Brasil/ Português	Evidenciou-se a necessidade da aplicabilidade de um fluxograma que informe as redes de apoio formais que realizarão o acompanhamento do prematuro após a alta.
12	²² Frota MA et al./ 2013	Descritivo	Brasil/ Português	Observou-se que algumas mães não receberam orientações sobre cuidados domiciliares da equipe que realizou assistência ao seu filho.
13	²³ Nabiwemba EL et al., CG/2014	Descritivo	Iran/ inglês	No momento da alta hospitalar, os pais tinham dúvidas acerca dos cuidados domiciliares a serem realizados em seus filhos.
14	²⁴ Sassá AH et al./ 2014	Pesquisa convergente -assistencial	Brasil/ Português	Os enfermeiros realizaram orientações voltadas as dúvidas e inseguranças dos pais, estas relacionadas, em sua maioria, ao peso do bebê.
15	²⁵ Boykova M/ 2016	Descritivo	EUA/ inglês	Observou-se interferência na dinâmica familiar, marcada por fadiga, isolamento social e preocupação frente aos cuidados do bebê.
16	²⁶ Namnabati M et al./ 2017	Descritivo	Uganda/ inglês	As mães que tiveram o parto no hospital tinham um melhor conhecimento das práticas apropriadas de cuidados domiciliares para bebês com baixo peso ao nascer, em comparação com as mães que tiveram filhos em casa ou em um estabelecimento de saúde de nível mais baixo.
17	²⁷ Veronez M et al./ 2017	Descritivo	Brasil/ Português	Ressalta-se importância de assistir adequadamente à mãe nesta fase inicial e crítica do prematuro hospitalizado, enfatizando o acolhimento e a orientação permanente para o cuidado como estratégias promotoras da autonomia materna e da adaptação domiciliar.
18	²⁸ Petty J et al./2018	Investigação narrativa	Inglaterra/ inglês	A experiência dos pais de receber alta em casa com um bebê prematuro pode ser emocionalmente desafiadora e requer uma série de mecanismos de apoio para enfrentar o período de transição como, por exemplo, a participação dos profissionais de saúde.
19	²⁹ Sales IMM et al./ 2018	Pesquisa convergente -assistencial	Brasil/ Português	Elaborou-se um folder que contemplou temas relacionados à Posição Canguru; cuidados com a pele e higiene do recém-nascido; e as alterações respiratórias como sinal de alerta. Para que houvesse continuidade do cuidado em âmbito domiciliar.

Acerca dos sentimentos vivenciados, os artigos em sua maioria relataram que as mães diante do cuidado domiciliar apresentaram principalmente, sentimento de medo (68,42%)^{(11,13-}

15,18, 20-22, 24-26, 28,29), insegurança (63,15%)^(11, 13-16, 18-22, 24, 29), ansiedade (36,84%)^(11, 16, 18, 21, 24, 27, 29), preocupação (21,05%)^(13, 15, 16, 25), culpa (15,78%)^(11, 17, 25), entre outros.

Apesar disso diante da possibilidade de ter seu filho em casa também demonstrou sentimentos positivos, em menor proporção, como alegria (21, 05%)^(22, 25, 28,29), autoconfiança (10,52%)^(14,17), satisfação (5,26%), etc.

O quadro a seguir demonstra uma síntese geral dos principais cuidados domiciliares encontrados no estudo e sentimentos vivenciados pelas mães (Quadro 6).

Quadro 6 - Síntese dos resultados, segundo o título, cuidado domiciliar e sentimentos vivenciados pelas mães durante o cuidado domiciliar. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Nº	Título do artigo	Cuidados domiciliares	Sentimentos vivenciados
01	Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro	Engasgo, medicação, situações de risco, regurgitação/vômito, infecções, seguimento, cuidados especiais, alimentação (amamentação e demais formas), higiene, roupa, choro, sono, frio, cuidados diários, transporte de bebês, relação mãe-filho e visitas.	Ansiedade, culpa, frustração insegurança, medo e raiva.
02	Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio	Cuidados diários	Abandono, decepção, desalento, desamparo, incapacidade, incompetência e solidão
03	O cuidado da criança prematura no domicílio	Higiene da criança (banho, troca de fraldas, limpeza das partes do corpo), alimentação (amamentação e demais formas), higiene, aquecimento e prevenção das infecções.	Apreensão, inquietação, insegurança, medo e preocupação
04	Fases do cuidado ao prematuro extremo no domicílio	Sono, higiene, medicações, intercorrências (doença), crescimento e desenvolvimento, prevenção sequelas neurológicas.	Autoconfiança, insegurança, instabilidade e medo
05	Domestic maternal experience with Preterm newborn children	Alimentação, cuidados básicos (troca de fraldas, banho e outros procedimentos simples), visitação.	Insegurança, medo, preocupação
06	Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado	Alimentação	Ansiedade, insegurança, preocupação e responsabilidade
07	Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of	Ganho de peso, identificação da dor, crescimento e desenvolvimento.	Apreensão, autoconfiança, responsabilidade, consciência, culpa, decepção, inadequação e normalidade

	mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit discharge		.
08	Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso	Vacinas, higiene, intercorrências, alimentação.	Ansiedade, apreensão, insegurança e medo
09	Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade	Alimentação (amamentação e demais formas).	Angústia e insegurança
10	Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado	Estimulação para o crescimento e o desenvolvimento, à higiene oronasal e do coto umbilical, à higiene corporal, à troca de fraldas, aos cuidados com as roupas, ao banho de sol e vacinação.	Insegurança, medo e satisfação
11	Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro	Vacinação, preparo e administração de medicações, alimentação (amamentação e demais formas), respiração, cuidados básicos (cuidados de higiene e conforto).	Ansiedade, impotência, insegurança e medo
12	Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna	Cuidados com visita, manutenção da temperatura, higiene, limpeza da casa, uso de medicações, retorno das consultas, sono, alimentação, intercorrências, vacinas.	Alegria, apreensão, inquietação, insegurança, medo e tranquilidade
13	Recognition and home care of low birth weight neonates: a qualitative study of knowledge, beliefs and practices of mothers in Iganga-Mayuge Health and Demographic Surveillance Site, Uganda	Cuidado com o cordão umbilical, cuidados com temperatura, higiene, amamentação.	*
14	Ações de enfermagem na assistência domiciliar ao recém-nascido de muito baixo peso	Vacinas, higiene, intercorrências, alimentação.	Ansiedade, apreensão, insegurança e medo
15	Life After Discharge: What Parents of Preterm Infants Say About Their Transition to Home	Visitas, higiene, alimentação e amamentação.	Alegria, baixa autoconfiança, culpa, medo e preocupação
16	Home-based Care Needs of Preterm Infants Discharged Early from the	Alimentação por SOG, monitorização e administração de	Medo

	Neonatal Intensive Care Unit: A Descriptive Qualitative Study	O2, medicação, banho e cuidados diários.	
17	Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo	Amamentação e cuidados diários.	Angústia, ansiedade, estresse e impaciência
18	Parents' views on preparation to care for extremely premature infants at home	Desenvolvimento neurológico, amamentação, intercorrências,	Alegria, excitação, nervosismo e medo.
19	Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do método canguru: implicações para a alta hospitalar do recém-nascido	Posição Canguru, aleitamento materno, higiene, sinais de alerta e acompanhamento (consultas, exames e vacinas).	Alegria, ansiedade, insegurança e medo

*não houve descrição de sentimentos.

Os cuidados domiciliares mais frequentes nas publicações analisadas foram relacionados ao uso de medicações^(11, 14, 21, 22, 26), limpeza do ambiente domiciliar⁽²²⁾, visitas^(11, 25), retorno as consultas ambulatoriais⁽²²⁾ e com especialistas para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento^(14, 17, 20) do prematuro, vacinação^(18, 20-22, 24), prevenção de sequelas neurológicas⁽¹⁴⁾ e prevenção de infecções^(11, 13). No que se refere aos cuidados diários de rotina, os mais citados foram referentes a: alimentação (amamentação e demais formas)^(11, 13, 15, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 26), higiene^(11, 13-15, 18, 20-26, 29), sono^(11, 14, 22), vestimentas^(11, 20).

A figura 2 apresenta *Framework* da transição do cuidado do recém-nascido prematuro da maternidade para o domicílio, elaborado por meio da revisão de literatura. Através do *framework*, e possível obter uma síntese dos resultados de forma visual, facilitando a tradução do conhecimento é a aplicabilidade de intervenções de enfermagem durante a transição do cuidado do prematuro, da maternidade para o domicílio, baseados na síntese de evidências.

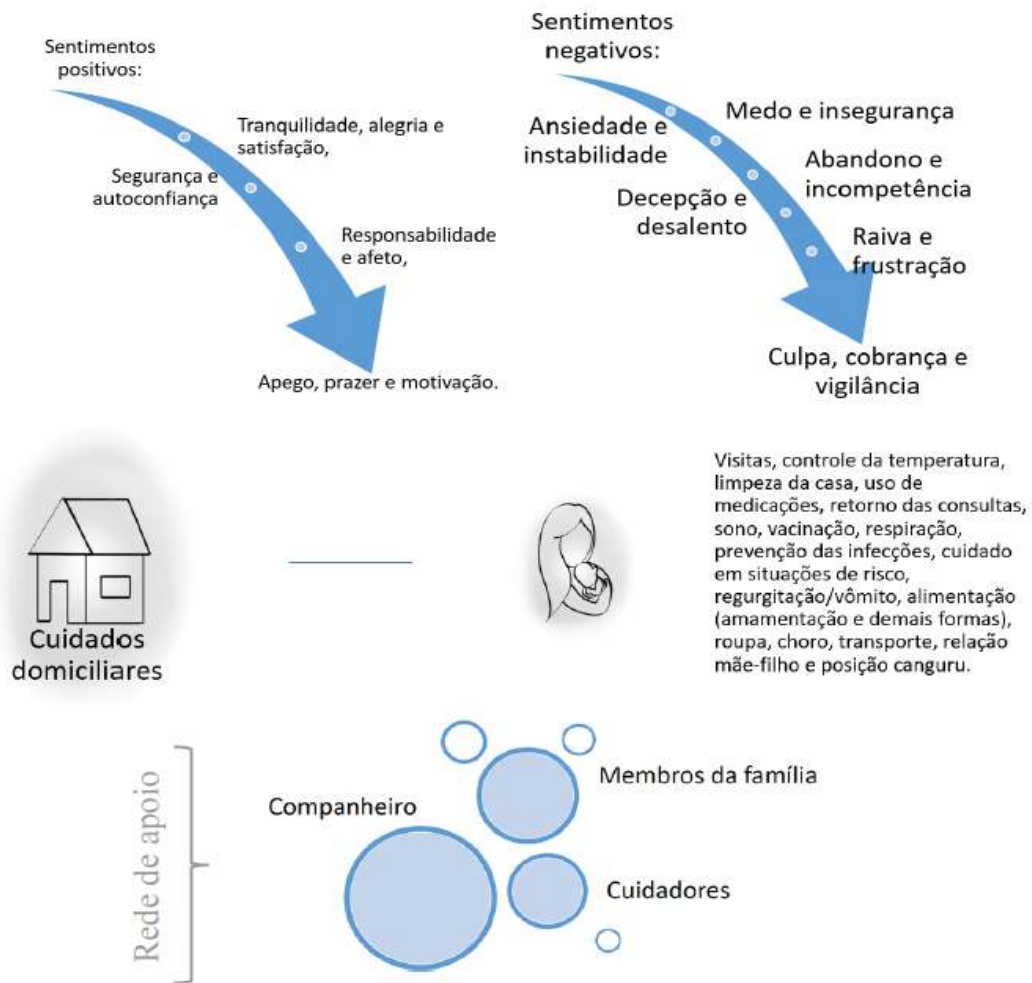


Figura 2 - Framework da transição do cuidado do recém-nascido prematuro da maternidade para o domicílio. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Discussão

Sentimentos de mães durante o cuidado do prematuro no domicílio

A chegada ao domicílio com o bebê representa o rompimento com o mundo da internação e gera situações próprias do contexto domiciliar. É o momento aguardado pelos pais, no entanto, surgem inúmeros sentimentos, estes podem gerar impactos tanto positivos quanto negativos. Ao mesmo tempo em que se tem um alívio por se ter o filho em casa, há angústia por parte de mães pelo fato de não se contar mais com uma equipe de saúde no cuidado, revelam-se sentimentos de apreensão com as possíveis complicações, porque associam seus filhos a um ser frágil e com maior probabilidade de doenças graves do que a criança a termo.^(19, 22, 28)

A deficiência no processo de preparo para a alta pode ser responsável por sentimento de insegurança e de medo no cuidado domiciliar. Embora a expectativa antes da alta envolva sentimentos conflituosos, percebe-se que, quando a mãe recebe orientações consistentes durante a internação do bebê, o processo de transição e adaptação para a realização do cuidado no domicílio se torna mais ameno.^(13, 21, 27, 29)

Os esforços dedicados para estimular a inserção e a participação regular da família no cuidado ao filho prematuro durante a internação devem ser constantes. A criação de programas educacionais em unidades neonatais podem facilitar o aprendizado das mães sobre a assistência que deverá ser prestada ao prematuro no domicílio, fortalecendo o vínculo afetivo e diminuindo o sentimento de insegurança, muitas vezes apresentado pelos pais nessa situação.^(19, 21,22)

Vale ressaltar que as mães que tiveram a possibilidade de acompanhar seu filho durante todo o período de hospitalização sentiram-se mais seguras e preparadas para o cuidado domiciliar. A importância da presença materna no período de hospitalização do prematuro foi associada aos sentimentos positivos pelas próprias mães.⁽¹⁴⁾

Assim, a equipe de enfermagem deve desenvolver ações de assistência ao bebê junto às mães, estímulo ao toque e apropriação, mesmo percebendo que os sentimentos oscilam durante o processo de internação, pois as mães provavelmente nunca se sentirão totalmente prontas para cuidar do bebê prematuro, em virtude dos sentimentos divergentes, comuns após alta hospitalar.^(13,22)

A transição de um bebê pré-termo do hospital para casa é multidimensional, complexa, e um fenômeno dinâmico para os pais. O estresse, preocupação e ansiedade dos pais existem, entretanto, pode ser minimizado pela segurança que os profissionais de saúde transmitem durante a transição do hospital para a casa.⁽²⁵⁾

Rede de apoio no cuidado do prematuro no domicílio

O apoio social é um fator importante na adaptação domiciliar e fonte de superação das dificuldades encontradas, ainda que consideradas as condições individuais de cada família. Tal suporte se faz necessário, principalmente no ajuste da família às possíveis mudanças. Assim, os atores que mais contribuíram neste processo de ajuste ou adequação foram os membros da família.⁽²¹⁾

É possível verificar que o apoio da família tem papel significativo na adaptação da mãe à nova dinâmica familiar e na aquisição da autoconfiança no cuidar. As mudanças ocorridas devido ao nascimento de uma criança prematura podem ter interferência significativa na

dinâmica familiar; logo, o apoio social representa uma contribuição expressiva para os pais do recém-nascido.⁽²²⁾

A importância do amparo intrafamiliar, ao mesmo tempo em que se destaca a importância de elementos da família extensa, cujo papel e atuação junto aos pais promovem o processo de fortalecimento paterno, auxiliando na resolução de questões rotineiras, por exemplo, problemas relacionados ao aleitamento materno.⁽²¹⁾

A ajuda do companheiro no compartilhamento do cuidado, no domicílio, contribui para a segurança materna no cuidado do bebê no domicílio. A inserção gradativa dos pais no papel de cuidadores pode ser estabelecida ainda na unidade neonatal, para que tanto os profissionais como os pais possam identificar as necessidades de aprendizagem e de adaptação no preparo para o cuidado domiciliar do filho nascido prematuro.⁽²⁰⁾ Assim como as avós, que são percebidas pelas mães como as fontes de apoio mais significativas e responsáveis pela construção social da família.⁽²⁷⁾

Uma estrutura familiar sólida é a base para um cuidado saudável. A ausência do pai e sua não participação no cuidado, principalmente quando não há apoio da família extensa, é motivo de uma sobrecarga emocional, que implica na impossibilidade de dividir as angústias, inseguranças e alegrias que permeiam o cuidado.⁽¹⁴⁾

A rede de apoio profissional deve se iniciar ainda no momento da internação do prematuro, nesse período de hospitalização os profissionais devem ganhar confiança para a compreender os anseios das mães, isso pode permitir que os enfermeiros deem suporte informacional e instrumental mais apropriado, direcionado e focalizado.⁽¹⁷⁾

Um estudo realizado na Inglaterra com 14 pais de prematuros evidenciou a necessidade de os profissionais de saúde realizarem treinamentos, ainda no hospital, sobre as diferenças e necessidades específicas dos prematuros. No cenário do estudo uma série de estratégias foi usada para preparar os participantes para cuidar do RN em casa, incluindo treinamento de ressuscitação, *parentcraft* e a oportunidade de ficar com seus bebês durante a noite.⁽²⁸⁾

As crenças acerca dos cuidados com prematuros foram levantadas em um estudo qualitativo realizado com 16 mães de Uganda. As mães que pariram em casa e não tiveram assistência hospitalar acreditavam que os seus filhos são como qualquer outro bebê e não precisam de cuidados especiais, a menos que o bebê pareça fraco e inativo. Eles acreditavam que a inatividade física, em vez do peso ao nascer, era o indicador de que o bebê não era normal. Pelo contrário, as mães que receberam assistência de serviços de saúde acreditavam que os bebês, como nasceram com baixo peso, são delicados, propensos a doenças e necessitam de cuidados especiais mesmo quando não parecem estar doentes.⁽²³⁾

Assim como no relato de outras mães de um estudo realizado nos Estados Unidos, que afirmaram que o apoio dos profissionais de saúde foi importante para os pais pós-alta e sua significância foi fortemente refletida nas narrativas parentais.⁽²⁵⁾

A alta dos neonatos prematuros da UTIN sem o apoio profissional necessário pode acarretar aos pais uma série de inseguranças em relação à prestação de cuidados domiciliares. O fracasso da equipe de saúde no repasse de informações aos pais e na elucidação de questionamentos oportunos e adequados, em relação aos cuidados, pode levar a consequências irreversíveis nos neonatos.⁽²⁶⁾

O cuidar do prematuro no domicílio

Embora os pais possam prever que ir para casa seja um evento positivo e estimulante, isso também significa que eles não têm mais o apoio recebido durante sua permanência na UTIN. Isso pode ser assustador e inquietante para a família.⁽²⁸⁾

O cuidado domiciliar envolve diversas particularidades advindas da própria prematuridade e necessidades específicas do bebê de risco, mesmo que sejam considerados cuidados básicos, como relacionados a higiene e conforto, geram dúvidas e sobrecarga aos cuidadores.⁽²¹⁾ Ao reconhecer a susceptibilidade do prematuro pela fragilidade do sistema imunológico, as mães previnem as infecções através da restrição de visitas, cuidados com os utensílios e vacinação.⁽¹³⁾

Os assuntos relacionados a alimentação, higiene, aquecimento e a prevenção das infecções são comumente descritos na literatura, quando se aborda cuidado do prematuro no domicílio. Com relação à alimentação, as mães priorizam o aleitamento materno exclusivo. O leite materno é valorizado e elas conseguem identificar as mudanças necessárias quanto à quantidade e frequência do aleitamento. Ainda que incipiente, surgem preocupações relacionadas ao momento do desmame, especialmente no que se deve ofertar ao bebê.⁽¹³⁾

Apesar disso, ainda existem mães que acreditam que a amamentação exclusiva não é suficiente para bebês pequenos e às vezes oferecem alimentos adicionais para aumentar o ganho de peso.⁽²³⁾

É relevante salientar que a higienização do RN prematuro e/ ou de baixo peso como um todo faz parte dos cuidados infantis básicos, e permite que essas crianças garantam a manutenção de sua saúde por meio de medidas de segurança ambientais. Além de propiciar o conforto e o bem-estar, tais medidas possuem grande relevância para o desenvolvimento do paciente em situação de fragilidade.

Neste contexto, o banho costuma gerar muitas expectativas, deixando a mãe apreensiva e na maioria das vezes insegura frente aos movimentos e reações do bebê no decorrer do procedimento, à presença do coto umbilical e à aparente fragilidade do prematuro também contribuem para essa insegurança. Desta forma, as orientações dos cuidados delegados às mães devem ser repetidas várias vezes para que sejam assimilados e colocados em prática, até que a mãe se sinta segura para a sua realização.⁽²⁷⁾

Embora cuidar de recém-nascidos com baixo peso tenha desafios, com uma adequada educação em saúde, as mães são capazes de superar os desafios.⁽²³⁾

Conclusão

A presente revisão integrativa da literatura sintetiza evidências acerca do cuidar materno ao recém-nascido prematuro no domicílio. Nota-se que, durante a transição da maternidade para casa, a família enfrenta sentimentos de medo, insegurança, ansiedade, preocupação, culpa, entre outros, que podem ser, de certo modo, paradoxos, tendo em vista que o regozijo por conta da alta-hospitalar pode emergir também com a ansiedade e insegurança sobre o novo papel. Em relação aos cuidados domiciliares, há ênfase na alimentação, higiene, uso de medicações, etc. Ao tratar-se dos atores que constroem a rede de apoio nesse processo de transição para a mãe, pode-se destacar o companheiro, os familiares e cuidadores. O *framework* sobre a transição do cuidado do recém-nascido prematuro da maternidade para o domicílio apresentado no estudo em tela é relevante por facilitar o entendimento dos achados e a aplicabilidade de intervenções de saúde para promover uma transição segura do recém-nascido prematuro para domicílio. Embora relevante, a presente pesquisa encontra sua limitação na construção de termos de busca para bases de dados, uma vez que houve escassez de artigos internacionais em algumas bases pesquisadas.

Referências

1. Harrison MS, Goldenberg RL. Global burden of prematurity. *Semin fetal neonatal med.* [Internet]. 2016;21(2):74-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2015.12.007>
2. Guerrero AFH, Reis SG, Parente PSC, Silva DVO, Guerrero JCH. Prematuridade de crianças nascidas no Centro Obstétrico do município de Coari – Amazonas, Brasil. *R saúde públ paraná.* [Internet]. 2018;1(2):23-34. doi: <https://doi.org/10.32811/25954482-2018v1n2p23>

3. Smith VC, Stewart J. Discharge planning for high-risk newborns. 2019. [internet] Acesso 10 dez 2019. Available from:<https://www.uptodate.com/contents/discharge-planning-for-high-risk-newborns>.
4. Schmidt KT, Terassi M, Marcon SS, Higarashi IH. Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. *Rev bras enferm*. [internet]. 2013;66(6):833-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600004>
5. Galeano MD, Carvajal BV. Coping in mothers of premature newborns after hospital discharge. *Newborn infants nurs rev*. [internet]. 2016;16(3):105-9. doi: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.08.007>
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. [internet]. 2008;17(4):758-4. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
7. Hopia H, Latvala E, Liimatainen L. Reviewing the methodology of an integrative review. *Scand j caring sci*. [Internet]. 2016;30(4):662-9. doi: <https://doi.org/10.1111/scs.12327>
8. Karino ME, Felli VEA. Enfermagem baseada em evidências: avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Cienc cuid saúde*. 2012;1(supl):11-5. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v1i1s1.17048>
9. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009; 21;6(7):e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
10. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien saude colet* [Internet]. 2012;17(3):621-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>
11. Fonseca LMM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev latinoam enferm*. [internet]. 2004; 12(1):65-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100010>
12. Simioni AS, Geib LTC. Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2008;61(5):645-1. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000500003>
13. Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. *Acta paul enferm*. [Internet]. 2009;22(1):24-0. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100004>
14. Soares DC, Cecagno D, Milbrath VM, Oliveira NA, Cecagno S, Siqueira HCH. Faces do cuidado ao prematuro extremo no domicílio. *Ciênc cuid saúde*. [Internet]. 2010;9(2):238-5. Available from: <http://dx.doi.org/doi:10.4025/cienccuidsaude.v9i2.11235>
15. Souza NL, Araújo ACPF, Costa ICC, Junior AM, Junior HA. Vivência materna com o filho prematuro: refletindo sobre as dificuldades desse cuidado. *REME rev min enferm*. [Internet]. 2010;14(2):159-5. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622010000200003>
16. Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Rev salud pública*. [Internet]. 2010;12(3):356-367. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311824>
17. Murdoch MR, Franck LS. Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal unit

- discharge. *J adv nurs.* [Internet]. 2012;68(9):2008-20. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05891.x>
18. Botelho SM, Boery RNSO, Vilela ABA, Santos WS, Pinto LS, Ribeiro VM, Machado JC. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. *Rev esc enferm USP.* [Internet]. 2012;46(4):929-4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400021>
 19. Braga PP, Almeida CS, Leopoldino IV. Percepção materna do aleitamento no contexto da prematuridade. *Rev enferm cent-oeste min.* [Internet]. 2012;2(2):151-8. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/177/298>
 20. Couto FF, Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. *Rev bras enferm.* [Internet]. 2012;65(1):19-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000100003>
 21. Schmidt KT, Higarashi IH. Experiência materno no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *REME rev min enferm.* [Internet]. 2012;16(3):391-399. doi: <http://www.dx.doi.org/S1415-27622012000300011>
 22. Frota MA, Silva PFR, Moraes SR, Martins, EMCS, Chaves EMC, Silva CAB. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Esc anna nery rev enferm.* [Internet]. 2013;17(2):277-283. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200011>.
 23. Nabiwemba, EL, Atuyambe L, Criel B, Kolsteren P, Orach CG. Recognition and home care of low birth weight neonates: a qualitative study of knowledge, beliefs and practices of mothers in Iganga-Mayuge Health and Demographic Surveillance Site, Uganda. *BMC Public Health.* [Internet]. 2014;14(1):14:546. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-546>
 24. Sassá AH, Gaíva MAM, Higarashi IH, Marcon SS. Nursing actions in homecare to extremely low birth weight infant. *Acta paul enferm.* [Internet]. 2014;27(5):492-498. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400080>
 25. Boykova M. Life after discharge: What parents of preterm infants say about their transition to home. *Newborn infants nurs rev.* [Internet]. 2016;16(2):58-65. doi: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>
 26. Namnabati M, Hemati Z, Taleghani F, Sadeghnia A. Home-based care needs of preterm infants discharged early from the neonatal intensive care unit: A descriptive qualitative study. *Iranian Journal of Neonatology.* [Internet]. 2017;8(4):74-82. doi: <http://dx.doi.org/10.22038/ijn.2017.21890.1253>
 27. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Ver gaúch enferm.* [Internet]. 2017;38(2):e60911. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>.
 28. Petty J, Whiting L, Green J, Fowler C. Parents' views on preparation to care for extremely premature infants at home. *Nurs child young people.* [Internet]. 2018;e1084. Available from: <https://doi.org/10.7748/ncyp.2018.e1084>
 29. Sales IMM, Santos JDM, Rocha SS, Gouveia MTO, Carvalho NAR. Contribuições da equipe enfermagem na segunda etapa do Método Canguru: Implicações para a alta hospitalar do recém-nascido. *Esc anna nery rev enferm.* [Internet]. 2018;22(4):e20180149. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0149>

5.2 Diagnóstico situacional – *brainstorming*

Levando em consideração que a cartilha deve englobar aspectos culturais, espaciais e regionais, a realização do diagnóstico situacional do grupo com o qual se trabalhará é indispensável para conhecer sua realidade. O diagnóstico situacional foi realizado por meio de *Brainstorming* (“*Tempestade de Ideias*”) no qual as mães elencaram as principais dificuldades acerca dos cuidados aos recém-nascidos prematuros após a alta hospitalar.

O diagnóstico situacional pode ser entendido como o resultado de um processo de coleta, tratamento e análise dos dados colhidos no local onde se deseja realizá-lo. Este pode ser considerado como uma das mais importantes ferramentas de gestão, constituído por pesquisa das condições de saúde e risco de uma determinada população, para posterior planejamento e programação das ações (SILVA, 2016), através deste estabelecem-se as preferências de acordo com a realidade da instituição, da população e do território.

Metodologicamente, o processo de *brainstorming* segue as seguintes fases: 1º Fase: Criativa - os participantes da sessão apresentam o maior número de ideias e sugestões sem se preocuparem em analisá-las ou criticá-las; 2º Fase: Crítica - os participantes da sessão, individualmente, justificam e defendem suas ideias; é a fase de filtração de ideias para a permanência das que foram melhor fundamentadas e de aceitação do grupo (NOBEGA; LOPES NETO; SANTOS, 1997).

Dessa forma o *brainstorming* aconteceu na UCINCa da Maternidade Dona Evangelina Rosa- MDER, conhecida como “Enfermarias Canguru”. A coordenadora foi a pesquisadora participante (mestranda), o secretário: outro mestrando do grupo de estudo do pesquisador responsável pela pesquisa e os membros foram o público alvo: doze mães de prematuros internados em duas enfermarias do referido setor.

Segundo Masseto (2003) tempestade de ideias ou *brainstorming* trata-se de uma técnica que permite o desenvolvimento da criatividade e a produção de uma ampla quantidade de ideias em um curto espaço de tempo.

Inicialmente a coordenadora e o secretário se apresentaram, organizaram o ambiente (em forma de círculo), convidaram as mães a participar, explicaram o objetivo da atividade para então serem levantadas as informações, baseado no tema (cuidados aos prematuros após alta hospitalar: o que vocês ainda precisam saber?), assim houve a discussão e conclusões oportunas.

O resultado deste *brainstorming* gerou respostas que envolveram vários eixos do cuidado, estas relacionadas a higiene, alimentação, crescimento e desenvolvimento, cuidados de rotina, cuidados especiais, prevenção de doenças e vacinas, conforme o Figura 5.

Figura 3 - Contribuições levantadas pelas mães de prematuros internados acerca dos cuidados domiciliares. Teresina, PI, Brasil, 2020.

banho (frequência, produtos)	frequência de amamentação	vômitos
alimentação complementar	alimentação da mãe	engasgamentos
CUIDADOS AOS PREMATUROS APÓS ALTA		
identificação de problemas respiratórios	cuidados com visitas	higiene das mãos
vacinas (época correta)	marcos do desenvolvimento (como estimular)	
sono (tempo necessário, como acordar, local adequado)	temperatura	

Fonte: dados da pesquisa, 2020.

Pela análise das respostas obtidas, observa-se que, as mães ainda possuíam muitas dúvidas, mesmo estando 24 horas em contato com seus filhos e realizando o processo do cuidado durante o período de internação a situação da alta ainda causa medo e preocupação. Uma primeira leitura dos dados acima traz a existência de ideias que vão desde cuidados simples (temperatura do ambiente) até possíveis intercorrências (engasgo, problemas respiratórios), algumas dúvidas eram parciais ou apenas com necessidade de confirmação, outras se mostravam com total desconhecimento (calendário vacinal para recém-nascidos prematuros, manobras de engasamento).

Vale ressaltar que esta etapa, juntamente com o levantamento bibliográfico estruturou a elaboração da cartilha, levando em consideração que a mesma deve englobar aspectos culturais, espaciais e regionais, a realização do diagnóstico situacional do grupo com o público alvo foi indispensável para conhecer a realidade dessa população.

Com a realização da atividade de *brainstorming* conseguiu-se, numa perspectiva aberta e de diálogo, conhecer um pouco melhor a realidade das mães de RNs prematuros, tanto ao nível dos conhecimentos como das habilidades face aos cuidados domiciliares aos seus filhos. Os dados recolhidos permitiram-nos verificar que, as mães, embora conscientes do que vão enfrentar após a alta, ainda desconhecem muitos cuidados a serem desempenhados por elas.

A investigação mostra que é necessária a introdução de uma nova tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar no contexto piauiense.

5.3 A cartilha educativa

A cartilha educativa é um material educacional impresso, que tem como intuito elevar a autoeficácia materna para o cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. Para a escolha das temáticas foi utilizada os conteúdos na revisão integrativa da literatura e o diagnóstico situacional, utilizando os pressupostos da Teoria de Autoeficácia de Bandura (JOVENTINO, 2013).

Ainda, vale ressaltar que a cartilha também abordou as quatro fontes de informação de autoeficácia (experiências de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos), que segundo Bandura (1982) influenciam no desenvolvimento e na percepção de autoeficácia. Decidiu-se por apresentar o conteúdo da cartilha educativa em seis grandes categorias e seus sub tópicos, as referências e ao final as folhas para anotações, a seguir:

-1. HIGIENE

Banho
Coto umbilical
Lavagem de roupas
Limpeza da casa e roupas de cama
Limpeza de utensílios

-2. ALIMENTAÇÃO

Aleitamento Materno
Alimentação Complementar

-3. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Como estimular seu filho

-4. CUIDADOS DIÁRIOS

Choro
Sono
Sol
Frio e calor
Visitas
Medicações e vitaminas

-5. CUIDADOS ESPECIAIS/INTERCORRÊNCIAS

Nariz entupido
Engasgo
Vômitos e regurgitação

-6. CONSULTAS E VACINAS

Onde procurar

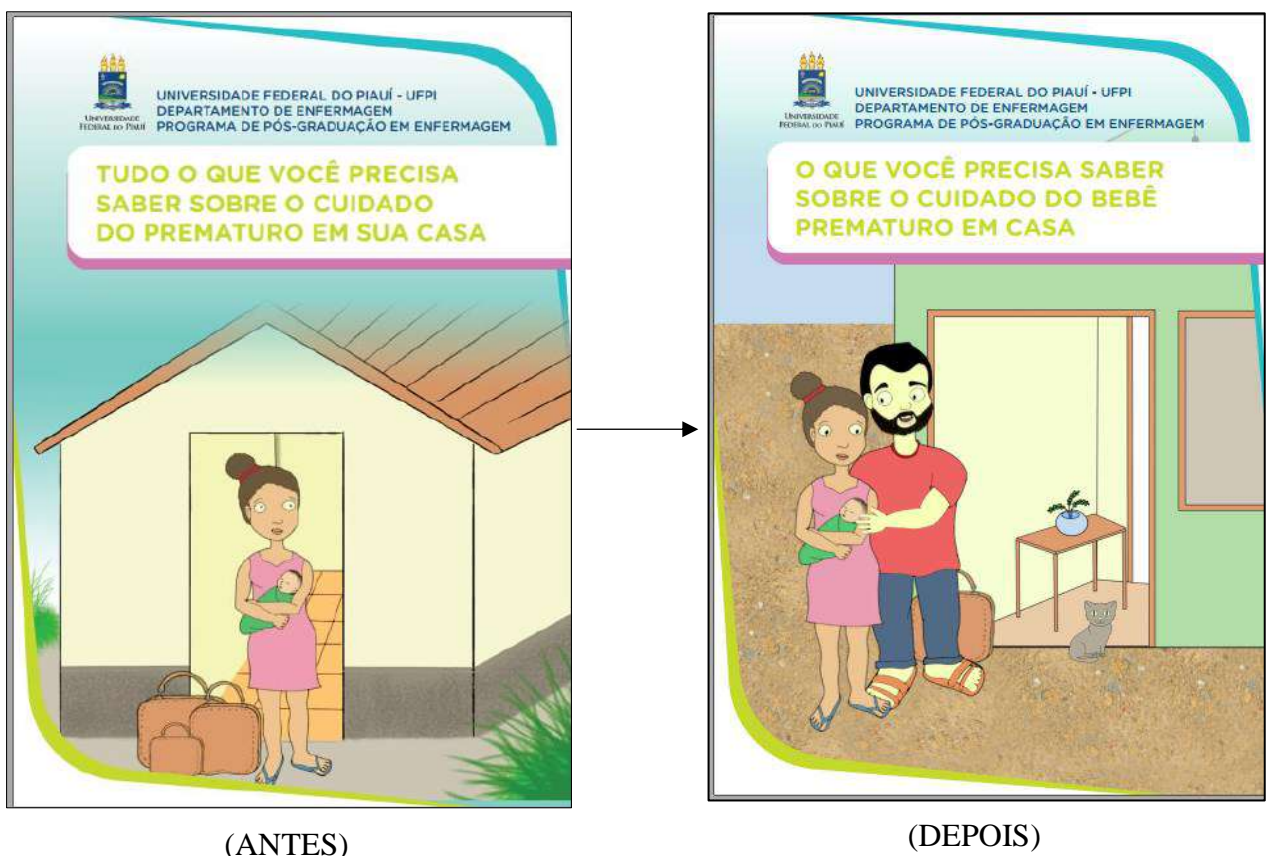
Destaca-se que a elaboração de materiais em tópicos facilita a compreensão do seu conteúdo, visto que o desenvolvimento de uma ideia por vez contribui para que os leitores não fiquem confusos. Dessa forma é possível construir oportunidades ao público de realizar de pequenos “sucessos”, dividindo instruções longas e complexas em partes fáceis de entender. A apresentação das informações em tópicos também promove o seu armazenamento na memória de longo prazo ((DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010; DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

A autoeficácia funciona como uma fonte de motivação, pois à medida que é desenvolvida a autoeficácia, mais as pessoas intensificam seus esforços para alcançar ou mesmo ultrapassar o resultado almejado (BANDURA, 2012).

No que se refere à elaboração do material educativo, na capa buscou-se retratar os principais personagens que estão presentes nas páginas da cartilha, sendo eles: mãe da criança (Mariana) e prematuro (João), conforme preconizam Moreira, Nóbrega e Silva (2003), que afirmam que a capa deve mostrar a mensagem principal do material e o seu público-alvo.

A capa da primeira versão da cartilha foi reformulada, após sugestões dos juízes para incluir o pai (Manoel) e tornar o ambiente mais “caseiro”, para isso também foi incluído um animal doméstico e móveis na casa, além da janela, tornando o ambiente mais comum aos leitores. O título também foi modificado, com base nas recomendações dos juízes (Figura 3).

Figura 4 - Ilustrações da Capa da Cartilha antes e após alterações sugeridas pelos juízes. Teresina, PI, Brasil, 2020.



Na contracapa apresentou-se a ficha técnica, com nomes das autoras, créditos técnicos (ilustração e diagramação), local e ano de publicação. Na parte final da cartilha, foram acrescentadas as referências e folhas de anotações para os pais.

Destaca-se que se optou por utilizar personagens com características reais, assim como durante toda a elaboração da cartilha utilizou-se uma linguagem fácil, simples e direta. Após a elaboração do roteiro da cartilha, o mesmo foi disponibilizado para o profissional escolhido para realizar as ilustrações e posteriormente a diagramação do material.

Doak, Doak e Root (1996) afirmam que as frases de um material educativo devem estar escritas de forma que pessoas com baixo nível de escolaridade possam ler e compreender o material, pois, quando a leitura está difícil e com linguagem rebuscada, eles lutam para ler e compreender a instrução, o que faz com que eles se tornem desencorajados a continuar e minimizem o senso de autoeficácia.

Dessa forma, é importante que os materiais educativos sejam escritos em nível e estilos apropriados para o público pretendido, para que assim as pessoas sintam-se capazes de assumir a responsabilidade pelo autocuidado e pela PS. É importante que seja também avaliada a legibilidade de um texto, visto que não é somente a habilidade de ler que garante a compreensão da leitura, sendo importante também estar atento para a quantidade, clareza e complexidade da informação apresentada (BASTABLE, 2010).

No que se refere às ilustrações presentes na cartilha, buscou-se uma maior aproximação com a realidade cultural da população a ser abordada, tendo como base a realidade local e o nível socioeconômico. Se buscou retratar a realidade do cotidiano das famílias na cartilha, pois os indivíduos que participam de alguma abordagem educativa tornam-se mais propensos a adotar novos comportamentos quando existe uma relação de confiança e proximidade com sua realidade (LIMA et al., 2014). Dessa forma, um material bem elaborado e com informações de fácil entendimento repercute em um maior conhecimento e satisfação do paciente, favorecendo o desenvolvimento de ações para a tomada de decisões (POMMIER; GUEVEL; JOURDAN, 2010).

Os recursos visuais são essenciais para a transmissão de mensagens em saúde para os leitores. Porém, sua utilização requer cuidados, como a aproximação com o texto ao qual corresponde e a adequação cultural. A utilização das ilustrações atrai a atenção e ajuda o leitor a focar no que é importante (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).

Os subtítulos da cartilha foram apresentados em destaque, em negrito e com uma mistura de cores. Todas as palavras do corpo de texto da cartilha foram escritas na coloração preta. As orientações expostas também seguem as recomendações propostas pela literatura utilizada,

indicando o uso de negrito em palavras ou frases que merecem destaque e a utilização de letras escuras em um fundo claro (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

Nas páginas utilizaram-se caixas de cores diversificadas com informações em destaque acerca do que foi abordado na página. Além disso, todas as páginas da cartilha foram numeradas. Para cada nova categoria abordada, foi modificada a cor tema, com alguns detalhes nessa cor predominante, entretanto a maior parte das páginas possuem o fundo branco, para que assim o leitor não perca a atenção no foco central. Imagens de fundo podem distrair o leitor da mensagem principal, sendo importante também que 10% a 35% da página estejam em branco para oportunizar um descanso ao leitor (DEATRICK; AALBERG; CAWLEY, 2010).

Para garantir a interatividade da cartilha para os pais de prematuros, foram inseridas imagens referentes a cada assunto, que foram definidas de acordo com o conteúdo abordado, com ilustrações mais diretas e compreensíveis. Reforçando o que já estava escrito, a fim de facilitar a compreensão do leitor, evitando imagens desnecessárias ou que desviassem a atenção para o tema central.

Todas as informações inseridas na cartilha estão relacionadas as suas respectivas ilustrações e a sua contribuição para tornar a informação clara e atraente. Assim, cartilhas educativas bem ilustradas se apresentam como relevantes recursos para serem utilizadas nas mais diversas áreas e especialidades de cuidado em saúde (GALINDO NETO, 2017).

5.4 Caracterização dos juízes

Neste estudo houve a participação de 12 juízes de conteúdo, sendo 5 juízes docentes e 7 juízes assistenciais. Os juízes validaram a primeira versão da cartilha.

A caracterização dos juízes docentes e assistenciais foi realizada de forma separada, pois, embora todos os juízes tenham realizado a análise de conteúdo e aparência, os mesmos apresentaram características distintas que os fizeram participar do grupo dos docentes ou dos assistenciais, de acordo com os critérios estabelecidos por Jasper.

Tabela 1 - Perfil socio-acadêmico de Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.

	Docentes		Assistenciais	
	n (%)	média (dp)	n (%)	média (dp)
CARACTERIZAÇÃO				
Sexo				
Feminino	4(33,3)		6(50,0)	
Masculino	1(8,3)		1(8,3)	
Idade		40,6(6,9)		44,9(6,7)
Estado Civil				
Solteiro	0(0,0)		1(8,3)	

Casado	5(41,7)	4(33,3)
Divorciado	0(0,0)	2(16,7)
Viúvo	0(0,0)	0(0,0)
RESIDENTE		
Teresina	4(33,3)	7(58,3)
Interior	0(0,0)	0(0,0)
Outro Estado	1(8,3)	0(0,0)
FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ACADÊMICA		
Mestrado		
Sim	5(41,7)	4(33,3)
Não	0(0,0)	3(25,0)
Doutorado		
Sim	3(25,0)	0(0,0)
Não	2(16,7)	7(58,3)
Participação em algum grupo/projeto de pesquisa		
Sim	3(25,0)	2(16,7)
Não	2(16,7)	5(41,7)
Profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria		
Sim	0(0,0)	2(16,7)
Não	5(41,7)	5(41,7)
Tem trabalhos acadêmicos de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temas relacionado a prematuridade		
Sim	4(33,3)	6(50,0)
Não	1(8,3)	1(8,3)
Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos		
Sim	4(33,3)	6(50,0)
Não	1(8,3)	1(8,3)
Ter autoria em artigo científico com temáticas relativas à saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.		
Sim	5(41,7)	6(50,0)
Não	0(0,0)	1(8,3)
Participação em banca avaliadora de trabalhos acadêmicos de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado)		
Sim	1(8,3)	3(25,0)
Não	4(33,3)	4(33,3)
Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.		
Sim	2(16,7)	1(8,3)
Não	3(25,0)	6(50,0)
Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.		
Sim	3(25,0)	3(25,0)
Não	2(16,7)	4(33,3)

Fonte: Carvalho (2020).

A respeito da idade dos juízes, os docentes apresentaram uma média de 40,06 e os assistenciais 44,9 anos. Apenas um juiz docente e um juiz assistencial era do sexo masculino, totalizando n=2 homens na amostra total. Todos os docentes 5(41,7%) eram casados e moravam em Teresina-PI. Já os assistenciais n=4(33,3%) eram casados.

Acerca da formação profissional e acadêmica, todos os juízes docentes possuíam mestrado $n=5(100\%)$ e $n=3(25,0\%)$ doutorado, $n=3(25,0\%)$ participavam de grupo de pesquisa, nenhum docente era titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e apenas $n=1(8,3\%)$, não tinha trabalhos acadêmicos de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temas relacionado a prematuridade.

Quatro (33.3%) tiveram participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos. Todos docentes $n=5(41,7\%)$ tinham autoria em artigo científico com temáticas relativas ao tema em questão, de acordo com dados de tabela 1.

Tabela 2 - Caracterização da experiência profissional de Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.

	Docentes	Assistenciais
	n(%)	n(%)
Ocupação		
Enfermeiro	0(0,0)	5(41,7)
Médico	00,0)	1(8,3)
Docente de Enfermagem	5(41,7)	1(8,3)
Ter experiência profissional assistencial junto ao público de neonatos prematuros e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos.		
Sim	3(25,0)	7(58,3)
Não	2(16,7)	0(0,0)
Ter experiência docente na área de saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos		
Sim	4(33,3)	7(58,3)
Não	1(8,3)	0(0,0)
Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos		
Sim	5(41,7)	6(50,0)
Não	0(0,0)	1(8,3)
Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos		
Sim	5(41,7)	7(58,3)
Não	0(0,0)	0(0,0)
Profissional Tutor do Método Canguru		
Sim	0(0,0)	4(57,1)
Não	0(0,0)	3(42,9)

Fonte: Carvalho (2020).

Em relação à ocupação todos os juízes docentes todos eram apenas docentes $n=5(41,7\%)$, dos assistenciais $n=5(41,7\%)$, $n=1(8,3\%)$ médico e docente $1(8,3\%)$. Acerca da experiência profissional assistencial junto ao público de neonatos prematuros e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos todos os juízes docentes tiveram essa experiência $n=5(41,7\%)$ e $n=6(50,0\%)$. Apenas um juiz assistencial não teve essa experiência, conforme Tabela 2.

Todos os participantes (docentes e assistências) n=12 (100%) possuíam experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos. Foi questionado apenas para os juízes assistenciais se eram profissionais Tutores do MC e n=4(57,1%) realizavam essa atividade.

5.5 Validação da cartilha pelos juízes docentes e assistenciais

Para o processo de validação e sugestões realizadas pelos juízes docentes e assistenciais, optou-se em apresentar e analisar os dados do grupo de forma geral, com os 12 juízes de conteúdo (docentes e assistenciais). Ressalta-se que o processo de validação é essencial após a elaboração de materiais educativos, tendo em vista a necessidade de que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e fazer propostas para o seu aprimoramento (CAVALCANTE et al., 2015).

Além disso, a participação de juízes no processo de validação pode aumentar a aceitação e adesão dos pacientes no uso desses materiais educativos (SOUSA; TURRINI, 2012).

Os juízes realizaram a validação do material educativo com base em três aspectos: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica.

Tabela 3 - Caracterização do instrumento de validação respondidos por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.

		Pouquíssima n (%)	Pouca n (%)	Média n (%)	Muita n (%)	Muitíssima n (%)
Capa	CLAREZA DA LINGUAGEM	1(8,3)	0(0,0)	1(8,3)	7(58,3)	3(25,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	5(41,7)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	5(41,7)	6(50,0)
Ficha técnica	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	3(25,0)	8(66,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
Contracapa	CLAREZA DA LINGUAGEM	1(8,3)	0(0,0)	1(8,3)	5(41,7)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	6(50,0)	4(33,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	7(58,3)	4(33,3)
Apresentação	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	6(50,0)	4(33,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	7(58,3)	4(33,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	1(8,3)	1(8,3)	6(50,0)	4(33,3)
Sumário	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	3(25,0)	8(66,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	3(25,0)	8(66,7)
Banho	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	6(50,0)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	4(33,3)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	6(50,0)	5(41,7)
Umbigo	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	5(41,7)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)

Lavagem de roupas	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	5(41,7)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
Limpeza da Casa	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	7(58,3)	3(25,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	6(50,0)	4(33,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	7(58,3)	4(33,3)
Limpeza de utensílios	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	7(58,3)	3(25,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	1(8,3)	3(25,0)	4(33,3)	4(33,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	3(25,0)	4(33,3)
Aleitamento materno	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	5(41,7)	3(25,0)	4(33,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	5(41,7)	3(25,0)	4(33,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	4(33,3)	4(33,3)	4(33,3)
Alimentação complementar	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	3(25,0)	4(33,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	4(33,3)	3(25,0)	3(25,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	1(8,3)	1(8,3)	3(25,0)	3(25,0)	4(33,3)
Estimulação	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	4(33,3)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	4(33,3)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	4(33,3)	6(50,0)
Choro	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(58,3)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(58,3)	5(41,7)
Sono	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	1(8,3)	1(8,3)	5(41,7)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	1(8,3)	0(0,0)	1(8,3)	5(41,7)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	6(50,0)	5(41,7)
Sol	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	5(41,7)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	6(50,0)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(58,3)	5(41,7)
Frio e calor	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(58,3)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
Visitas, medicações e vitaminas	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	6(50,0)	6(50,0)
Nariz entupido	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(58,3)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	8(66,7)	4(33,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	8(66,7)	4(33,3)
Engasgo	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	2(16,7)	5(41,7)	3(25,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	1(8,3)	2(16,7)	6(50,0)	3(25,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	3(25,0)	7(58,3)	2(16,7)
Vômitos e Regurgitação	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	3(25,0)	4(33,3)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	5(41,7)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	4(33,3)	6(50,0)
Consultas e Vacinas	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	1(8,3)	2(16,7)	5(41,7)	4(33,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	1(8,3)	2(16,7)	4(33,3)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	1(8,3)	2(16,7)	4(33,3)	5(41,7)
Referências	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	1(8,3)	1(8,3)	3(25,0)	7(58,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	1(8,3)	0(0,0)	4(33,3)	7(58,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
Referências	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	1(8,3)	1(8,3)	3(25,0)	7(58,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	1(8,3)	0(0,0)	4(33,3)	7(58,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	0(0,0)	4(33,3)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	0(0,0)	4(33,3)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	2(16,7)	0(0,0)	4(33,3)	6(50,0)

Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	3(25,0)	6(50,0)
Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	4(33,3)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	4(33,3)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	4(33,3)	5(41,7)
Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	4(33,3)	5(41,7)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	4(33,3)	5(41,7)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	2(16,7)	1(8,3)	4(33,3)	5(41,7)
Costas	CLAREZA DA LINGUAGEM	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	0(0,0)	0(0,0)	1(8,3)	4(33,3)	7(58,3)

Fonte: Carvalho (2020).

Como pode-se ver na tabela 3, de forma geral, a maioria das respostas foram nos itens “Muita e “Muitíssima”, respectivamente, sendo a capa, a páginas referente a consultas e vacinas e as costas da cartilha foram as que tiveram maior porcentagem de aceitação e a página referente a alimentação complementar com menor aceitação, apresentando maior número de juízes que apresentaram resposta “pouca”.

Esse negativismo das respostas se dá devido a uma imagem de uma mamadeira, que segundo a maioria dos juízes incentiva a não amamentação. Na segunda versão da cartilha essa imagem da mamadeira foi trocada por um pratinho com diversidade de fruta cortadas em tamanho reduzido e outro pratinho sugerindo uma “papinha” salgada.

De acordo com o Organização Mundial da Saúde o aleitamento materno exclusivo é recomendado até os seis meses e, após essa idade, deve ser mantido o aleitamento materno até os dois anos ou mais, aliados à introdução oportuna da alimentação complementar balanceada e equilibrada. Embora o Brasil tenha avançado no que concerne à melhoria dos indicadores de aleitamento, há muito o que evoluir. Nesse sentido os profissionais de saúde são indispensáveis no processo, por meio da atuação nos serviços com ações voltadas para a promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável (RAMOS et al., 2018).

Para a validação da cartilha com os juízes também foi utilizado um instrumento adaptado e validado, denominado *Suitability Assessment of Materials* (SAM – Avaliação de Adequação de Materiais), que é internacionalmente utilizado na a avaliação de materiais educativos, composto por 22 itens inclusos em seis fatores que contemplam os seguintes

domínios de avaliação: conteúdo; linguagem adequada para população; ilustrações gráficas; *layout* e tipografia; estimulação para aprendizagem e motivação; e adequação cultural.

Tabela 4 - Caracterização do instrumento de Validação SAM (*Suitability Assessment of Materials- SAM*) respondidos por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.

	n(%)	n(%)	n(%)
	CONTEÚDO		
	Superior	Adequado	Inadequado
Objetivo é evidente	11(91,7)	1(8,3)	0(0,0)
O conteúdo aborda comportamento	10(83,3)	2(16,7)	0(0,0)
A proposta é limitada	8(66,7)	4(33,3)	0(0,0)
Resumo ou revisão	3(25,0)	5(41,7)	4(33,3)
	DEMANDA ALFABETIZAÇÃO/LINGUAGEM ADEQUADA PARA A POPULAÇÃO		
Grau de leitura	5(41,7)	7(58,3)	0(0,0)
Estilo de voz ativa é usado	7(58,3)	5(41,7)	0(0,0)
Vocabulário utiliza palavras comuns	8(66,7)	3(25,0)	1(8,3)
Em primeiro lugar o contexto	10(83,3)	2(16,7)	0(0,0)
Aprendizagem mediada por sinais avançados	11(91,7)	1(8,3)	0(0,0)
	ILUSTRAÇÕES GRÁFICAS, LISTAS, TABELAS, GRÁFICOS.		
Capa	5(41,7)	6(50,0)	1(8,3)
Tipo de ilustrações	8(66,7)	3(25,0)	1(8,3)
Relevância das ilustrações	8(66,7)	4(33,3)	0(0,0)
Lista, Tabelas, gráficos, formas	11(91,7)	1(8,3)	0(0,0)
As legendas são utilizadas	5(41,7)	4(33,3)	3(25,0)
	LAYOUT E TIPOGRAFIA		
Fatores de layout	9(75,0)	3(25,0)	0(0,0)
Tipografia	10(83,3)	2(16,7)	0(0,0)
Os subtítulos são utilizados	10(83,3)	2(16,7)	0(0,0)
	ESTIMULAÇÃO PARA APRENDIZAGEM E MOTIVAÇÃO		
Interação é incluída no texto e/ou nas figuras	2(16,7)	7(58,3)	3(25,0)
Padrões de comportamento desejados são modelados ou mostrados em termos específicos	6(50,0)	6(50,0)	0(0,0)
Motivação auto eficácia	8(66,7)	4(33,3)	0(0,0)
	ESTIMULAÇÃO PARA APRENDIZAGEM E MOTIVAÇÃO		
Jogo Cultural Lógica, Linguagem e Experiência (LLE)	10(83,3)	2(16,7)	0(0,0)
Imagem Cultural e exemplos	8(66,7)	3(25,0)	1(8,3)

Fonte: Carvalho (2020).

As classificações para cada item são somadas para gerar a pontuação total do SAM. Isso é convertido em uma pontuação percentual dividindo a pontuação total do SAM pela pontuação total possível para esse material em particular e após isso foi classificado de acordo com a pontuação, como inadequado (0% - 39%), adequado (40% - 69%) ou superior (70% - 100%)

O resultado mostrou que a pontuação média do SAM para a cartilha foi de 65,54%, esses achados evidenciaram que o material educacional final foi classificado como “adequado”, nas classificações do SAM. Essa porcentagem aumenta significativamente para 90% após a adaptação do conteúdo, sugeridos pelos juízes (Tabela 2).

Os itens melhor avaliados do SAM foram: Objetivo é evidente; Aprendizagem mediada por sinais avançados; Lista, Tabelas, gráficos, formas, com resposta “superior” por onze juízes

(91,7%). E o pior avaliado foi o item Resumo ou revisão, com indicação de “inadequado” por quatro juízes (33,3%).

Inicialmente o SAM era utilizado somente para a avaliação de materiais impressos, sendo vista atualmente a sua utilização tanto em materiais impressos como em outros materiais, como vídeos educativos e anúncios de televisão (CATAN et al., 2015).

Tabela 5 - Análise de consistência interna do instrumento de Validação SAM (*Suitability Assessment of Materials-SAM*) respondido por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	n de itens
0,795	0,819	22

Fonte: Carvalho (2020).

O coeficiente de Alfa de *Cronbach* estima a confiabilidade de consistência interna de instrumentos e também a estimativa da confiabilidade entre avaliadores. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente Alfa é calculado a partir da variância dos itens individuais e das covariâncias entre os itens (REVELLE; ZINBARG, 2009).

Buscando uniformidade das respostas dos juízes calculou-se a consistência instrumento de Validação SAM, com base na análise do coeficiente de alpha de *Cronbach*, o instrumento apresenta consciência interna alta (>0,8 e <0,9): 0,819. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa.

O valor máximo esperado é 0,90; acima deste valor, pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo; portanto, os itens redundantes devem ser eliminados. Usualmente, são preferidos valores de alfa entre 0,80 e 0,90 (STREINER, 2003).

Na tabela 6, foi analisado influência de cada quesito na construção da consistência interna do instrumento de validação que avalia pertinência prática, relevância teórica e clareza da linguagem, como observa-se na tabela a retirada de algum item não altera a consistência original (alpha de *Cronbach*: 0,980), desse modo todos os itens são avaliados significativamente.

Entretanto, apresentam um valor de alfa maior que 0,90, o que pode ter ocorrido devido a um dos juízes durante o preenchimento do instrumento ter atribuindo valor máximo a todos os itens do instrumento. Autores sugerem que caso isso ocorra, os elementos redundantes ou duplicados devem ser eliminados (STREINER, 2003).

Tabela 6 - Análise de consistência interna do instrumento de Validação, respondido por Juízes assistenciais e docentes. Teresina, PI, Brasil, 2020.

		Média	Desvio Padrão	Correlação de item total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
Capa	CLAREZA DA LINGUAGEM,	3,92	1,084	,425	,981
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,25	,754	,327	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,42	,669	,487	,981
Ficha técnica	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,58	,669	,431	,981
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,674	,372	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,674	,372	,981
Contracapa	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,08	1,165	,533	,981
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,17	,718	,566	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,25	,622	,775	,980
Apresentação	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,17	,718	,857	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,25	,622	,775	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,08	,900	,829	,980
Sumário	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,50	,674	,178	,981
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,58	,669	,140	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,58	,669	,140	,981
Banho	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,33	,651	,468	,981
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,33	,778	,671	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,33	,651	,468	,981
Umbigo	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,42	,669	,542	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,522	,889	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,522	,889	,980
Lavagem de Roupas	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,42	,669	,778	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,522	,889	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,522	,889	,980

Limpeza da Casa	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,08	,669	,615	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,17	,718	,672	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,25	,622	,643	,980
Limpeza de Utensílios	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,08	,669	,534	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	3,92	,996	,517	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	3,83	1,030	,415	,981
Aleitamento Materno	CLAREZA DA LINGUAGEM,	3,92	,900	,871	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	3,92	,900	,744	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,00	,853	,687	,980
Alimentação Complemtar	CLAREZA DA LINGUAGEM,	3,83	1,030	,491	,981
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	3,58	1,084	,499	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	3,67	1,303	,246	,981
Estimulação	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,33	,778	,799	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,33	,778	,799	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,33	,778	,799	,980
Choro	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,42	,515	,734	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,522	,606	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,42	,515	,734	,980
Sono	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,17	,937	,617	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,08	1,165	,760	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,33	,651	,757	,980
Sol	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,42	,669	,633	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,33	,651	,634	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,42	,515	,546	,980
Frio e calor	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,42	,515	,524	,980
	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,522	,654	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,522	,654	,980

Visitas, medicações e vitaminas	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,522	,889	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,522	,889	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,42	,515	,761	,980
Nariz entupido	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,33	,492	,721	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,33	,492	,721	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	3,75	1,055	,332	,981
Engasgo	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	3,92	,900	,410	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	3,92	,669	,126	,981
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,17	,835	,454	,981
Vômitos e Regurgitação	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,25	,754	,603	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,33	,778	,598	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,00	,953	,644	,980
Consultas e Vacinas	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,08	,996	,688	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,08	,996	,688	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,33	,985	,366	,981
Referências	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,42	,900	,338	,981
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,674	,481	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,33	,985	,366	,981
Referências	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,42	,900	,338	,981
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,674	,481	,981
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,17	1,115	,739	,980
Anotações	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,17	1,115	,739	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,17	1,115	,739	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,08	1,165	,673	,980
Anotações	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,08	1,165	,673	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,08	1,165	,673	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,08	1,165	,673	,980

	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,08	1,165	,673	,980
Anotações	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,08	1,165	,673	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,08	1,165	,673	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,08	1,165	,673	,980
Anotações	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,08	1,165	,673	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,08	1,165	,673	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,00	1,128	,720	,980
Anotações	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,00	1,128	,720	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,00	1,128	,720	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,00	1,128	,720	,980
Anotações	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,00	1,128	,720	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,00	1,128	,720	,980
	CLAREZA DA LINGUAGEM,	4,50	,674	,717	,980
Costas	PERTINÊNCIA PRÁTICA	4,50	,674	,717	,980
	RELEVÂNCIA TEÓRICA	4,50	,674	,717	,980

Fonte: Carvalho (2020).

5.6 Readequação do material

Os juízes também realizaram sugestões para modificações na cartilha, de forma qualitativa, em um campo de sugestões dentro do instrumento de validação, ao lado de cada página, tais sugestões estão retratadas no Quadro 7. As propostas dos juízes docentes (JD) e dos juízes assistenciais (JA) foram avaliadas e posteriormente realizada as modificações da cartilha, gerando a versão final da mesma.

As pesquisadoras analisaram todos os itens passíveis de mudança, foram 65 sugestões de mudanças, sendo que 55 foram acatadas, apenas 10 não foram realizadas. Após essa análise, foi solicitada que a profissional responsável pelas ilustrações fizesse as modificações e criação de novas imagens, posteriormente, foi feito um roteiro de correções no texto da cartilha, para que o design gráfico fizesse as mudanças, finalizando o processo de validação de conteúdo.

Quadro 7 - Sugestões dos juízes docentes (JD) e dos juízes assistenciais (JA) acerca da cartilha e avaliação dos pesquisadores. Teresina, PI, Brasil, 2020.

Página/ assunto da cartilha	Sugestão de mudança	Avaliação
CAPA	<i>Retirar a palavra “TUDO” (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Substituir a imagem da mãe sozinha por uma imagem da família (JAss4);</i>	Aceito
	<i>Incluir o pai na ilustração (JAss6);</i>	Aceito
	<i>Acrescentar figura do pai na imagem (JAss7);</i>	Aceito
	<i>Retirar tudo do título (JDoc3);</i>	Aceito
	<i>Incluir familiares junto a mãe (JDoc4);</i>	Aceito
Página 1/ Ficha técnica	-	-
Página 2/ Contracapa	<i>Substituir a figura da mãe sozinha com o bebê, pela imagem da família (JAss4);</i>	Aceito
	<i>Incluir o pai na ilustração (JAss6);</i>	Aceito
	<i>Acrescentar figura do pai na imagem (JAss7);</i>	Aceito
Página 3/ Apresentação	<i>Ampliar texto e inserir cabeçalho do quadro em cada página (JDoc3);</i>	Não aceito
Página 4/ Sumário	<i>Inserir tópico: vínculo e afeto (JAss1);</i>	Não aceito
Página 5/ Higiene	<i>Mencionar a higiene da região íntima antes do banho caso a criança tenha evacuado (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Inserir necessidade de controle ambiental (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Insira higiene bucal (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Destacar a higiene prévia do bebê antes do banho (JAss4);</i>	Aceito
	<i>O primeiro contato do bebê com a água deve ser enrolado (JAss4);</i>	Aceito
	<i>Inserir tempo de banho (JDoc3);</i>	Aceito
Página 6/ Coto umbilical	<i>Colocar o que não usar sobre o umbigo (JAss1);</i>	Não aceito
Página 7/ Lavagem de roupas	<i>Modificar expressão coloquial: “tem muita química” (JDoc4);</i>	Aceito
Página 8/ Limpeza de casa	<i>Trocar a expressão “ursos de pelúcia” por “brinquedos de pelúcia”(JDoc4); ok</i>	Aceito
Página 9/ Limpeza de utensílios	<i>Retirar palavras e imagens que citem mamadeira e chupeta (JAss2);</i>	Não aceito
	<i>Reforçar a utilização da mamadeira somente em situações especiais (JAss3);</i>	Aceito
	<i>Retirar imagem da mamadeira (JAss4);</i>	Aceito
	<i>Enfocar no aleitamento e não em uso de chupetas, bicos e mamadeiras (JDoc3);</i>	Aceito
Página 10/ Alimentação complementar	<i>Poderia mesclar o texto com tabela ou imagem (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Evitar figura da mamadeira e inserir copinho (JAss2);</i>	Aceito
	<i>Retirar imagem da mamadeira (JAss4);</i>	Aceito
Página 11/ alimentação complementar	<i>Reforçar a utilização da mamadeira somente em situações especiais (JAss3);</i>	Aceito
	<i>Retirar imagem da mamadeira (JAss5);</i>	Aceito
	<i>Ser menos informativo e retirar imagem de mamadeira (JAss6);</i>	Aceito
	<i>Retirar imagem de mamadeira (JDoc2);</i>	Aceito
	<i>Retirar mamadeira e inserir alimentos complementares (JDoc3);</i>	Aceito
	<i>Colocar verduras, frutas no lugar da mamadeira (JDoc4);</i>	Aceito
Página 12/ Crescimento e desenvolvimento	<i>Realizar ajustes gramaticais (JDoc4);</i>	Aceito

Página 13/ Cuidados diários	<i>Enfatizar contato pele a pele para manutenção da temperatura (JAss4);</i>	Aceito
	<i>Fazer adequações textuais (JDoc4);</i>	Aceito
Página 14/ Sono	<i>Inserir a foto de como posicionar a criança no berço (posição supina) (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Deixar claro o motivo de não dormir na cama com os pais (JAss1);</i>	Aceito
Página 15/ Sol	<i>Esse banho de sol poderia ser em um local aberto e não dentro de casa (JDoc4);</i>	Não aceito
Página 16/ Visitas	<i>Realizar ajustes gramaticais (JDoc4);</i>	Aceito
Página 17/ Medicações e vitamina	<i>Realizar ajustes gramaticais (JDoc4);</i>	Aceito
Página 18/ Nariz entupido	<i>Inserir uma imagem de como realizar a lavagem nasal (JAss1);</i>	Não aceito
	<i>Evitar o termo “corrente de ar” (JAss2);</i>	Não aceito
Página 19/ Engasgo	<i>Inserir figuras de como posicionar a criança diante de uma obstrução de VAS (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Acrescentar figura dos passos para intervir em caso de engasgo (JAss4);</i>	Aceito
	<i>Acrescentar imagens da técnica (JAss7);</i>	Aceito
	<i>Descrever a técnica de desengasgo completa (JDoc4);</i>	Aceito
Página 20/ Vômitos/ regurgitação	<i>Inserir a informação de quanto permanecer com a criança na posição vertical após a mamada (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Colocar apoiado nas costas após o aleitamento (JAss6);</i>	Aceito
Página 21/ Consultas e vacinas	<i>Inserir o esquema de consultas de acordo com o ministério da saúde, deixando espaço para preenchimento do dia, horário e local (JAss1);</i>	Não aceito
	<i>Inserir um item sobre os sinais de perigo, veja o AIDPI neonatal (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Detalhar um pouco mais as vacinas (JAss2);</i>	Não aceito
	<i>Acrescentar na figura a equipe multiprofissional (JAss4);</i>	Não aceito
	<i>Acrescentar a necessidade de levar a caderneta de saúde da criança todas as vezes que levar o Bebê ao serviço de saúde (JDoc4);</i>	Aceito
Página 22/ Referências	<i>Rever norma ABNT (JDoc3);</i>	Aceito
Página 23/ Referências	<i>Rever norma ABNT (JDoc3);</i>	Aceito
Página 24/ Anotações	<i>Retirar páginas para anotação, deixar duas (JAss1);</i>	Aceito
	<i>Reservar espaço para agendamento e acompanhamento (JDoc2);</i>	Aceito
Página 25/ Anotações	<i>Retirar páginas para anotação, deixar duas (JAss1);</i>	Aceito
Página 26/ Anotações	<i>Retirar páginas para anotação, deixar duas (JAss1);</i>	Aceito
Página 27/ Anotações	<i>Retirar páginas para anotação, deixar duas (JAss1);</i>	Aceito
Página 28/ Anotações	<i>Retirar páginas para anotação, deixar duas (JAss1);</i>	Aceito
Página 29/ Anotações	<i>Retirar páginas para anotação, deixar duas (JAss1);</i>	Aceito
Página 30/ verso da cartilha	<i>Reescrever texto de finalização (JAss1);</i>	Aceito

Legenda: JAss= Juiz Assistencial; JDoc= Juiz Docente.

As sugestões apresentadas pelos avaliadores foram acatadas, em sua maioria, na versão final da cartilha. As observações tecidas pelos juízes são de fundamental importância para a confecção do modelo final da cartilha, mesmo sendo validada quanto aos objetivos, as sugestões enriquecem o produto final e melhoram sua aplicabilidade (COSTA et al., 2013).

Das sugestões dos juízes, apenas 15, 38%, não foram aceitas. A primeira solicitava ampliar texto e inserir cabeçalho do quadro em cada página, porém os pesquisadores em reunião com o grupo de estudo resolveram retirar os cabeçalhos de todas as páginas, pois o texto é destinado a comunidade e não objetivo acadêmico, como se costuma utilizar cabeçalhos.

A sugestão inserir tópico separado para: vínculo e afeto, não foi considerada, tendo em vista que durante vários outros eixos a cartilha aborda esse assunto, porém de forma contextualizada, como nas partes: “Higiene”, “Alimentação complementar” e “Como estimular seu filho”.

Acerca da sugestão: Colocar o que não usar sobre o umbigo, foi considerado que seria mais impactante colocar o que deve ser feito, como trata-se de leitores de baixa escolaridade, poderia essa informação trazer um efeito contrário do esperado, então para contornar essa situação enfatizou-se neste tópico questões relacionadas a higiene correta do coto umbilical, com o acréscimo da frase: “Não use nada para cobrir essa região, porque isso pode causar irritações, inflamações e acúmulo de secreções”.

Durante a reformulação da cartilha foi retirada algumas palavras e imagens que citassem mamadeira e chupeta, conforme recomendado, porém não todas, pois não poderia deixar de citar a higienização correta, apesar do aleitamento ser o recomendado ainda existem famílias que utilizam esses utensílios. Na última versão foi acrescentado o trecho: “O ideal para o seu filho é o leite materno. No caso do uso de mamadeiras, chupetas e copinhos estes devem ser fervidos todos os dias e guardados separadamente dos outros utensílios domésticos”.

Se manteve o termo “corrente de ar”, pois esse é um termo coloquial comum e compreensível para as famílias. Não foi inserido o esquema de consultas, pois como trata-se de prematuros de diferentes idades gestacionais, esse agendamento é realizado via ambulatório e UBS, sendo alterado de acordo com o ganho de peso e necessidade da criança.

Todas as demais sugestões foram acatadas na sua integralidade.

O processo de adaptação do material educativo às sugestões dos juízes é uma etapa essencial para tornar a tecnologia mais completa, de maior rigor científico e eficaz durante a atividade de educação em saúde (LIMA et al., 2017). A adaptação do material educativo também é citada por outros autores como etapa essencial da validação (MOURA et al., 2017).

6 CONCLUSÃO

A Tecnologia educativa do tipo Cartilha, intitulada: “O que você precisa saber sobre o cuidado do prematuro em sua casa” foi construída, a partir da teoria da autoeficácia e suas quatro fontes (experiência de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos). Sua construção ocorreu por meio de uma revisão aprofundada da literatura e a realização de um diagnóstico situacional.

A revisão da literatura evidenciou em seus resultados uma ênfase na alimentação, higiene, uso de medicações, além de cuidados de rotina e intercorrências. Corroborando com os resultados do diagnóstico situacional que gerou respostas que envolveu eixos do cuidado, relacionados a higiene, alimentação, crescimento e desenvolvimento, cuidados de rotina, cuidados especiais, prevenção de doenças e vacinas.

Utilizando desses dados, a cartilha foi elaborada com linguagem simples e direta, com ilustrações que retratavam a realidade da população e *layout* que pudesse favorecer na compreensão das informações contidas no material, sendo assim dividida em seis tópicos (1. Higiene; 2. Alimentação; 3. Crescimento e desenvolvimento; 4. Cuidados diários; 5. Cuidados especiais/intercorrências e 6. Consultas e vacinas).

Após a construção da cartilha, esta foi validada por 12 especialistas do assunto, intitulados juízes de conteúdo (5 juízes docentes e 7 juízes assistenciais), que validaram o material utilizando dois instrumentos. O primeiro avaliou cada página da cartilha individualmente quanto a clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica, neste todos os itens foram avaliados significativamente, com Alfa de Cronbach: 0,980.

O outro instrumento foi *Suitability Assesment of Materials*, no qual se calculou a análise percentual dos escores (dividindo a pontuação total das respostas do SAM pela pontuação total possível para esse material). A pontuação média para a cartilha foi de 65,54%, esses achados evidenciaram que o material educacional final foi classificado como “adequado”, de acordo com a classificação do SAM.

A consistência interna do instrumento de Validação SAM, com base em itens padronizados na análise do coeficiente de alpha de Cronbach foi alta: 0,819. Dessa forma, essa cartilha foi considerada válida por juízes docentes e assistenciais em ambos os instrumentos utilizados.

Como limitação deste estudo, pode-se citar a não validação por especialista da área de design gráfico. Tendo-se concluído a construção e validação da cartilha, ressalta-se que a cartilha passará por atualizações contínuas mediante o progresso científico e tem-se a intenção

de levar o material validado para uso nos serviços especializados e de se realizar pesquisas futuras para avaliar a sua eficácia com o público alvo.

De acordo com análise, essa cartilha tem resultados consistentes para a autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro. Acredita-se que essa tecnologia pode ser usada como instrumento educativo para mães de prematuro no cuidado domiciliar, minimizando reinternações e consequentemente os índices de mortalidade nesse público.

REFÊRENCIAS

- ÁFIO, A. C. E. et al. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. **Rev Rene**, Fortaleza, v.5, n.1, p.158-165, 2014.
- ALCÂNTARA, K. L. et al. Family guidelines needed for a safe hospital of the premature newborn: integrative review. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.11, n.2, p.645-655, 2017.
- ALEXANDRE, J. D. et al. A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. **Análise Psicológica**, Lisboa, v.3, n.34, p.265-277, 2016.
- ANDRADE, E. D.; TALAMINI, J. L.; KULIGOVSKI, M. P. O pedagogo e as novas tecnologias. **Anais do workshop de informática na escola**. Porto Alegre, 2012.
- ARAÚJO FILHO, A. C. A. et al. Mortalidade infantil em uma capital do nordeste brasileiro. **Enferm. Foco**, Brasília, v.8, n.1, p.32-36, 2017.
- BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York: Freeman, 1997.
- BANDURA, A. Self-efficacy mechanism in human behavior. **American Psychologist**, Stanfor, v.37, p.122-147, 1982.
- BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: a social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall, 1986.
- BANDURA, A. Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. **Developmental Psychology**, Stanfor, v. 25, p. 729-735, 1989.
- BANDURA, A. Swimming against the mainstream: the early years from chilly tributary to transformative mainstream. **Behavior Research and Therapy**, Stanfor, v.42, n.10, p. 613-630, 2004.
- BARBOSA, E. et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor por meio da escala motora infantil Alberta e a sua importância na intervenção precoce: uma revisão de literatura. **Pesquisa e Ação**, Mogi das Cruzes, v.3, n., p.36-45, 2017.
- BARROS, E. J. L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.33, n.2, p.95-101, 2012.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador: princípios de ensino aprendizagem para a prática de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BECOFISKY, K.; BARUTH, M.; WILCOX, S. Psychosocial mediators of two community-based physical activity programs. **Ann Behav Med**, Oxford, v.48, n. 1, p.125-129, 2014.
- BENEVIDES, J. L. et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.50, n.2, p.306-312, 2016.

BERARDINELLI, L. M. M. et al. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 603-609, 2014.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Strategies for implementing continuity of care after discharge of premature infants: an integrative review. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.25, n.6, p.975-980, 2012.

BRASIL, E. G. M.; QUEIROZ, M.V.O.; MAGALHÃES, S. S. Educational interventions in neonatal unit and clinic follow-up: contributions to clinical nursing care. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.9, n. supl2, p.1007-1014, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012.** Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF), 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59.

BRASIL. Ministério da saúde. **Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. 3 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BOSS, P. **A perda ambígua.** In F. Walsh & M. McGoldrick. Morte na família: Sobrevivendo às perdas (C. O. Dornelles, Trad., pp 187-197). Porto Alegre, RS: Artmed, 1998.

BOWLBY, J. **Apego e perda: Perda: Tristeza e depressão** (V. Dutra, Trad., 2a ed., vol. 3). São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BURLANDY, L. et al. Health promotion policies and potential conflicts of interest involving the commercial private sector. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p.1809-1818, 2016.

CABRAL, T. I. et al. Motor development and sensory processing: A comparative study between preterm and term infants. **Res Dev Disabil**. New York, v.16, n.36, p.102-107, 2014.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. **Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção.** In: GIOVANELLA, Lígia et al. (org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 141-166.

CATAN, G. et al. The impact of eHealth and Health on doctor behavior and patient involvement: An Israeli and Portuguese comparative approach. **Studies in Health Technology and Informatics**, Jerusalém, v.210, n.1, p. 813-17, 2015.

CAVALCANTE, L. D, et al. Assistive technology for visually impaired women for use of the female condom: a validation study. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.49, n.1, p.14-21, 2015.

CHOURASIA, N.; SURIANARAYANAN, P.; ADHISIVAM, N. I. C. U. NICU Admissions and maternal stress levels. **Indian Journal Pediatrics**, New Delhi, v.80, n.5, p.380-384, 2013.

CIA. Central Intelligence Agency. **The World Factbook**. [Internet] Estados Unidos, 2014. Disponível em: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=us&v=29&l=pt>. Acesso: 17 mar 2016.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. **Psychological Bulletin**, v.98, n.2, p.310-57, 1985.

COSSUL, M. U.; SILVEIRA, A. O.; PONTES, T. B. Parenting beliefs and practices regarding domiciliary care of premature infants. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v.19, n.4, p.830-835, 2015.

COSTA, B. C. et al. Análise comparativa de complicações do recém-nascido prematuro tardio em relação ao recém-nascido a termo. **Bol Cient Ped**, Porto Alegre, v.4, n.2, p.33-38, 2015.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cad Cedes**, Campinas, n.4, p.5-27, 1987.

COSTA, P. B. et al. Construção e validação de manual educativo para a promoção do aleitamento materno. **Rev Rene**, Fortaleza, v.14, n.6, p. 1160-1167, 2013.

CUSTÓDIO, N. et al. Discharge from the neonatal intensive care unit and care at home: an integrative literature review. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v.17, n.4, p.984-991, 2013.

DEATRICK, D.; AALBERG, J.; CAWLEY, J. A. **Guide to Creating and Evaluating Patient Materials**. Guidelines for Effective Print Communication. Corporight, 2010. Disponível em: http://www.mainehealth.org/workfiles/MH_LRC/MH_Print%20Guidelines_Intranet.pdf. Acesso em: 26 jan. 2018.

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

DOELLINGER, P. V. et al. Prematuridade, Funções Executivas e Qualidade dos Cuidados Parentais: Revisão Sistemática de Literatura. **Psic: Teor e Pesq**, Brasília, v.33, p. 1-0, 2017.

ECHER, I.C. The development of handbooks of health care guidelines. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.754-7, 2005.

FERNANDES, M.V.L.; LACERDA, R.A.; HALLAGE, N.M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.19, n.2, p.174-189, 2006.

FERREIRA JUNIOR, A. R. et al. Perfil epidemiológico de mães e recém-nascidos prematuros. **Revista Enferm Contemp**, Salvador, v.7, n.1, p.2-7, 2018.

FIGUEIREDO, B. et al. Mother-to-infant emotional involvement at birth. **Matern Child Health Journal**, New York, v.13, 539-549, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.277-283, 2013.

GALINDO NETO, N. M. et al. Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.30, n.1, p.87-93, 2017.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saude soc.**, São Paulo, v.13, n.2, p. 20-31, 2004.

GOMES, A. L. M. et al. Aleitamento materno de prematuros em hospital amigo da criança: da alta hospitalar ao domicílio. **Rev Rene**, Fortaleza, v.18, n.6, p.810-817, 2017.

GRANZOTTO, J. A.; FONSECA, S. S.; LINDEMANN, F. L. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v.56, n.1, p.57-62, 2012.

IAOCHITE, R. T.; AZZI, R. G. Escala de fontes de autoeficácia docente: Estudo exploratório com professores de Educação Física. **Psicol Argum**, Curitiba, v.30, n.71, p.659-669, 2012.

JASPER, M.A. Expert: a discussion of the implications of the concept as used in nursing. **J Adv Nurs.**, Reino Unido, v.20, n. 4, p.769-76, 1994.

JOVENTINO, E. S. **Desenvolvimento de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5676. Acesso em: 24 maio 2018.

JOVENTINO, E. S. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.1, p.[09 telas], 2013a.

JOVENTINO, E.S. et al. A auto-eficácia na prevenção de diarreia e cuidado da criança: um estudo transversal. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v.12, n.2, p.1-7, 2013b.

KANAZAWA, H. et al. Subcutaneous fat accumulation in early infancy is more strongly associated with motor development and delay than muscle growth. **Acta Paediatr.**, Stockholm, v.103, n.6, p.262-267, 2014.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. **Maternal-infant bonding**. St. Louis, MO: Mosby, 1976.

KLOSSOSWSKI, D. G. et al. Integral assistance to premature infant: implications of practices and public policy. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.18, n.1, p.137-150, 2016.

LALONDE, M. **A new perspective of health of Canadians Ottawa**: Ministry of Health and Welfare, 1974.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva São Paulo**: Mc-Graw-Hill Inc. 1976.

LEMOS, I. C. et al. Tecnologia educativa para trabalhar a sexualidade de adolescentes no contexto escolar. **R Interd**, Teresina, v.8, n.3, p.110-118, 2015.

LACERDA, T.T.B.; MAGALHÃES, L.C.; REZENDE, M.B. Validade de conteúdo de questionários de coordenação motora para pais e professores. **Rev. Ter. Ocup. Univ.**, São Paulo, v.18, n.2, p. 63-77, 2007.

LIMA, A. C. M. A. C. C. et al. Development and validation of a booklet for prevention of vertical HIV transmission. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.30, n.2, p.181-189, 2017.

LIMA, M. A. et al. Virtual guide on ocular self-examination to support the self-care practice for people with hiv/aids. **Rev Esc Enferm USP.**, São Paulo, v.48, n.2, p.285-91, 2014.

LYNN, M.R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, Chicago, v.35, n.6, p.382-5, 1986.

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

MAASTRUP, R. et al. Breastfeeding progression in preterm infants is influenced by factors in infants, mothers and clinical practice: the results of a national cohort study with high breastfeeding initiation rates. **PLoS One**, San Francisco, v.9, n.9, p.1-14, 2014.

MAEYAMA, M. A. et al. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, Itajaí, v.2, n.2, p.129-143, 2015.

MARIANO, M. R.; REBOUÇAS, C. B. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Jogo educativo sobre drogas para cegos: construção e avaliação. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 930-936, 2013.

MARTINS, M.C.et al. Segurança alimentar e uso de alimentos regionais: validação de um álbum seriado. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1354-1361, 2012.

MASSETO, M. T. **Competências Pedagógicas do Professor Universitário**. São Paulo: Summus, 2003.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.especial, p.69-82, 2014.

MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cad CEDES**, São Paulo, v.4, p.28-64, 1987.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: All Type assessoria editorial LTDA, 2011.

MOHR, A.; SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8 n.2, p. 199-203, 1992.

- MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; CAMARGO, C. L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Rev Eletr Enf**, Goiânia, v.14, n.3, p.654-662, 2012.
- MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M.; SILVA, M. I. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.56, n.2, p.184-8, 2003.
- MOURA, I. H. et al. Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n.e2934, p.1-8, 2017.
- NASCIMENTO, L.A.; et al. Validation of Educational Video to Promote Self-Efficacy in Preventing Childhood Diarrhea. **Health**, v. 7, p. 192-200, 2015.
- NOBREGA, M. M.; LOPES NETO, D.; SANTOS, S. R. O uso da técnica de brainstorming para tomada de decisão na equipe de enfermagem em saúde pública. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.50, n.2, p.247-256, 1997.
- NORMAN, A. H. Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v.8, n.28, p.153-154, 2013.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud**. Ottawa: OMS, 1986. Disponível em: <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hppota.htm>. Acesso em: 13 maio 2003.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. In: OMS; Unicef. Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; Alma-Ata (URSS), OMS, 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
- OSBORN, A. O. **Poder Criador da Mente**: princípios e processos do pensamento criador e do “brainstorming”. Traduzido por Jacy Monteiro. São Paulo: Ibrasa editora, 1987.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing & Health**, New York, v.29, n. 5, p. 489-497, 2006.
- POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.
- POMMIER, J.; GUEVEL, M.; JOURDAN, D. Evaluation of health promotion in schools: A realistic evaluation approach using mixed methods. **BMC Public Health**, v.10, n.43, p.1-12, 2010.
- RAMOS, A. E, et al. Knowledge of healthcare professionals about breastfeeding and supplementary feeding. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.71, n.6, p.2953-60, 2018.
- REIS, T. C. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **Health Sci Inst**, São Paulo, v.31, n.2, p.219-223, 2013.

REVELLE, W., ZINBARG, R. E. Coefficients alpha, beta, ômega, and the GLB: comments on Sijtsma. **Psychometrika**, v.74, n.1, p.145-54, 2009.

RODRIGUES, A. P. et al. Promotion of breastfeeding self-efficacy through a group education session: randomized clinical trial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.4, p. e1220017, 2017.

RODRIGUES, R.M. **Pesquisa acadêmica**: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

ROVER, M. M. S. et al. Risk factors associated with growth failure in the follow-up of very low birth weight newborns. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.92, n.3, p.307-313, 2016.

SELAU, F. F. et al. Fontes de autoeficácia e atividades experimentais de física: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, São Paulo, v.41, n.2, p. e20180188, 2018.

SANTOS, L. M. et al. Vivências de maes de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Soc Bras Enferm Pedriatras**, São Paulo, v.13, p.73-81, 2013.

SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.391-399, 2012.

SILVA, C.S.S.L. et al. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v.7, n.2, p.30-33, 2016.

SILVA, E. S. et al. O perfil socioeconômico e epidemiológico de mães e recém-nascidos pré-termo. **R Interd**, Teresina, v.10, n.2, p.47-57, 2017.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. **Educação em saúde e concepções de sujeito**. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: HUCITEC, p.115-36, 2001.

SOUSA, C. S.; TURRINI, R. N. T. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.25, n.6, p.990-96, 2012.

SOUZA, N. L.; ARAÚJO, A. C. P. F.; COSTA, I. C. C. Social representations of mothers about gestational hypertension and premature birth. **Rev latinoam enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n.3, p.1-8, 2013.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment**. v.80, n.3, p.217-22, 2003.

STOKOWSKI, L. A. Discharge guidance for preterm infants. **Adv neonatal care**, Philadelphia, v.14, n.3, p.139-141, 2014.

TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde debate**, Londrina, v.38, n. especial, p.52-68, 2014.

TEIXEIRA, G. A.; CARVALHO, J. G. L.; ROCHA, B.G.; Impact of maternal profile on birth outcomes. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.23, n., p.1: e51409, 2018.

TELES, L. M. R. et al. Construção e validação de manual educativo para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.48, n.6, p.977-984, 2014.

VARGAS, C. L.; BENEDETTI, F. J.; WEINMANN, A. R. M. Crescimento de prematuros até os dois anos de vida: revisão integrativa da literatura. **Braz J of Develop**, Curitiba, v.3, n.1, p.72-84, 2017.

VERONEZ, M. et al. Experience of mothers of premature babies from birth to discharge: notes of field journals. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v.38, n.2, p.e60911, 2017.

VIERA, C. S. et al. Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após alta hospitalar: avaliando o crescimento ponderal. **Rev Eletr Enf**, Goiania, v.15, n.2, p.407-415, 2013.

WÓJCICKI, T. R.; MCAULEY, E. Manutenção de intervenções de atividade física: premissas para eficácia individual. **REFACS**, Uberaba, v.2, p.182-187, 2014.

WHO. World Health Organization. **Preterm birth** - Fact sheet n°363, Ottawa, november, 2013.

XU, L. The role of teacher's beliefs in the language teaching-learning process. **TPLS**, Ιωαννίνων, v.2, n.7, p.1397-1402, 2012.

ZAMANZADEH, V. et al. Experiences of infants discharge in Iranian NICU culture. **Adv Neonatal Care**, Philadelphia, v.13, n.4, p:1-7, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Carta convite

CARTA CONVITE

Caro colaborador (a),

Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada: “ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA AUTOEFICÁCIA MATERNA NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO”, na condição de mestrandia da Universidade Federal do Piauí-UFPI, em Teresina- PI. O estudo tem como objetivo elaborar uma tecnologia educativa do tipo Cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar. Dessa forma, meu intuito é construir uma Cartilha que eleve os escores de autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio e após a construção validar o seu conteúdo e as características técnicas da referida cartilha com juízes especialistas.

Por reconhecimento de sua experiência profissional e apresentar um conjunto de requisitos necessários proposto por Jasper (1994), o (a) senhor (a) foi escolhido (a) para emitir seu julgamento sobre o conteúdo dessa cartilha, para isso deverá abrir todos os documentos em anexos preencher os que forem indicados. Caso tenha interesse, posso enviar a qualquer momento o projeto de pesquisa, responder questionamentos e demais dúvidas. Assim, o senhor (a) poderá sugerir a inclusão, exclusão ou modificação, de qualquer item que achar pertinente. Desde já agradeço sua disponibilidade em compartilhar seu tempo com nossa pesquisa.

Nesse e-mail você recebeu 7 documentos em anexo, que são:

- 1- **Carta convite (está que o senhor (a) está lendo, no qual tem uma explicação geral do que deve ser feito);**
- 2- **Sinopse sobre a Autoeficácia (para leitura e melhor entendimento do Referencial utilizado nesse estudo para elaborar a Cartilha, se necessário);**
- 3- **Cópia da Cartilha educativa em tamanho real.**
- 4- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (para preencher, assinar e enviar de volta);**
- 5- **Instrumento de Avaliação da cartilha (“Suitability Assessment of Materials- SAM”)
(para preencher e enviar de volta);**
- 6- **Instrumento de Validação da cartilha (para preencher e enviar de volta);**
- 7- **Instrumento de caracterização dos juízes (para preencher e enviar de volta).**

Para comprimir o cronograma dessa pesquisa solicito, se possível que o senhor (a) devolva essas solicitações respondidas num prazo de 10 dias para avaliação da cartilha. Após essa avaliação será emitida uma declaração pela Universidade Federal do Piauí-UFPI afirmando a sua participação nesta pesquisa na condição de Juiz de conteúdo. Desde já agradecemos sua colaboração e disponibilidade de tempo de contribuir com nossa pesquisa, estou certa que sua valorosa contribuição fará com que essa Cartilha fique mais rica e trará grandes benefícios as mães e aos seus filhos prematuros. Estamos à disposição para maiores esclarecimentos que se façam necessários.

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho
Telefone (WhatsApp): (86)9 9909-4968
E-mail: enf.nalma.carvalho@hotmail.com



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf/CCS/UFPI
MESTRADO ACADÊMICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Data: __/__/__

Título do estudo: Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro.

Pesquisador responsável: Profa. Dr. Silvana Santiago da Rocha

Colaborador (a): Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

E-mail para contato: silvanasantiago27@gmail.com

Telefone para contato: (86) 99987-3456/ (86)9990-94968

Local da coleta de dados: Maternidade Dona Evangelina Rosa-MDER

O Sr(a) é nosso convidado(a) participar da nossa pesquisa, que trata-se de um trabalho científico do tipo Dissertação de mestrado, de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando o seu consentimento, a qualquer tempo, independente de justificativa, sem nenhuma penalidade.

Justificativa

A redução da mortalidade infantil é um dos objetivos do milênio e isso chama atenção para a realização de pesquisas que subsidiem intervenções principalmente onde as taxas alcançam índices inaceitáveis, como no nordeste brasileiro. Acredita-se que, por meio de esforços entre pesquisadores, instituições e profissionais de saúde, seja possível alcançar a redução nestas taxas, tendo por base pesquisas confiáveis que direcionem estratégias capazes de contornar o problema.

Tendo em vista a necessidade de conhecimento das mães de prematuros e importância de um seguimento de qualidade para garantir o crescimento e desenvolvimento adequado desse público, além da crescente evolução do desenvolvimento e a validação de tecnologias, o estudo justifica-se pela necessidade de validá-las, a partir das demandas dessa população gerando novas possibilidades de uso dessas ferramentas, capazes de provocar mudanças de atitudes, além de favorecer a autonomia e a tomada de decisão dos usuários.

Objetivo Primário do estudo

-Elaborar uma tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar.

Objetivos secundários do estudo

-Avaliar o material educativo utilizando o instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM) por juizes de conteúdo e técnicos;

-Verificar se a cartilha é um instrumento esteticamente válido, na opinião dos juizes-especialistas, reavaliar e reelaborar a cartilha, conforme comentários e sugestões dos juizes.

-Avaliar o material educativo quanto à compreensão, atratividade, auto-eficácia, aceitabilidade cultural e persuasão pelas pelos juizes.

-Validar a cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna em prevenir a diarreia infantil quanto à sua aparência pelas mães de crianças prematuras;

-Avaliar o material educativo quanto à compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão pelas mães de crianças prematuras.

Período de participação para obtenção dos dados

Janeiro e fevereiro de 2019

Riscos

A participação do sujeito nesta pesquisa envolve riscos de fadiga física, incomodo e desconforto que perpassa a experiência íntima de cada participante com seu estado de saúde, de forma que as abordagens irão considerar a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejáveis, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos os pesquisadores se comprometem, sobremaneira em manter conduta de discrição, discernimento e ética.

Benefícios

Os benefícios ao participar da presente pesquisa serão a longo prazo, porém trarão impactos significantes no futuro quando quando os resultados gerarem uma intervenção a ser implementada para a população destinada, pois ajudará mães nos cuidados com os seus filhos prematuros após a alta hospitalar. Dessa forma, evitar-se-á complicações que geram readmissões hospitalares, além de reduzir o medo e insegurança durante o cuidado, superando assim os riscos mencionados.

Você não arcará com os custos dessa pesquisa, mesmo que aja por qualquer motivo, asseguramos que diante dos mesmos, você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, na Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante

CPF do participante

Pesquisadores:

Prof. Dr. Silvana Santiago da Rocha

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE para juízes



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGEnf/CCS/UFPI
MESTRADO ACADÊMICO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Data: 20/11/2019

Título do estudo: Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro.

Pesquisador responsável: Profa. *Dr. Silvana Santiago da Rocha*

Colaborador (a): *Nalma Alexandra Rocha de Carvalho*

E-mail para contato: silvanasantiago27@gmail.com

Telefone para contato: (86) 9 9987-3456/ (86)9 9990-94968

Local da coleta de dados: Via e-mail

O Sr(a) é nosso convidado(a) participar da nossa pesquisa, que trata-se de um trabalho científico do tipo Dissertação de mestrado, de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder as perguntas, é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, retirando o seu consentimento, a qualquer tempo, independente de justificativa, sem nenhuma penalidade.

Vale ressaltar que todas as páginas desse documento (TCLE) serão rubricadas pelo pesquisador responsável/ pessoas por ele delegadas e pelo participante/responsável legal conforme Resolução CNS nº2012, item IV.5.d.

Justificativa

A redução da mortalidade infantil é um dos objetivos do milênio e isso chama atenção para a realização de pesquisas que subsidiem intervenções principalmente onde as taxas alcançam índices inaceitáveis, como no nordeste brasileiro. Acredita-se que, por meio de esforços entre pesquisadores, instituições e profissionais de saúde, seja possível alcançar a redução nestas taxas, tendo por base pesquisas confiáveis que direcionem estratégias capazes de contornar o problema.

Tendo em vista a necessidade de conhecimento das mães de prematuros e importância de um seguimento de qualidade para garantir o crescimento e desenvolvimento adequado desse público, além da crescente evolução do desenvolvimento e a validação de tecnologias, o estudo justifica-se pela necessidade de validá-las, a partir das demandas dessa população gerando novas possibilidades de uso dessas ferramentas, capazes de provocar mudanças de atitudes, além de favorecer a autonomia e a tomada de decisão dos usuários.

Objetivo Primário do estudo

-Elaborar uma tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar.

Objetivos secundários do estudo

-Avaliar o material educativo utilizando o instrumento *Suitability Assessment of Materials* (SAM) por juízes de conteúdo (docentes e assistenciais);

-Verificar se a cartilha é um instrumento esteticamente válido, na opinião dos juízes-especialistas, reavaliar e reelaborar a cartilha, conforme comentários e sugestões dos juízes;

-Avaliar o material educativo quanto à compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão pelas pelos juízes.

Período de participação para obtenção dos dados

Novembro de 2019

Riscos

A participação do sujeito nesta pesquisa envolve riscos de fadiga física, incomodo e desconforto que perpassa a experiência íntima de cada participante com seu estado de saúde, de forma que as abordagens irão considerar o retorno do participante para manifestações indesejáveis, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos os pesquisadores se comprometem, sobremaneira em manter conduta de discricção, discernimento e ética.

Benefícios

Os benefícios ao participar da presente pesquisa serão a longo prazo, porém trarão impactos significantes no futuro, quando os resultados gerarem uma intervenção a ser implementada para esse público, pois ajudará mães nos cuidados com os seus filhos prematuros após a alta hospitalar. Dessa forma, evitar-se-á complicações que geram readmissões hospitalares, além de reduzir o medo e insegurança durante o cuidado, superando assim os riscos mencionados.

Você não arcará com os custos dessa pesquisa, mesmo que aja por qualquer motivo, asseguramos que diante dos mesmos, você será devidamente ressarcido. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação.

Sigilo

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, na Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br.

Ciente e de acordo com o que fui anteriormente exposto, eu _____, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Assinatura do participante

CPF do participante

Pesquisadores:

Prof. Dr. Silvana Santiago da Rocha

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

APÊNDICE D – Instrumento de Validação da cartilha

INSTRUMENTO DE VALIDAÇÃO DA CARTILHA

Instruções



Caros juízes, a avaliação da cartilha é feita mediante escala de Likert. O resultado mostrará a equivalência de conteúdo. Nesse momento as figuras e os textos da cartilha serão avaliados em três critérios: Clareza da linguagem, Pertinência prática e Relevância teórica (PASQUALI, 2010).


Para respostas seguras segue instruções quanto aos critérios. Os critérios CLAREZA DA LINGUAGEM, PERTINÊNCIA PRÁTICA e RELEVÂNCIA TEÓRICA serão avaliados segundo grau de concordância aos critérios, de forma que **1** representa “**pouquíssima**”, **2** representa “**pouca**”, **3** representa “**média**”, **4** representa “**muita**” e **5** representa “**muitíssima**”.



CLAREZA DA LINGUAGEM: Considera a linguagem utilizada nos itens, tendo em vista as características da população respondente. O senhor (a) acredita que a linguagem de cada figura e texto da cartilha é suficientemente clara, compreensível e adequada para esta população? Em que nível?




PERTINÊNCIA PRÁTICA: Analisa se cada figura e texto possui importância para a cartilha. O senhor (a) acredita que as figuras e textos propostos são pertinentes para esta população? Em que nível?




RELEVÂNCIA TEÓRICA: Considera o grau de associação entre as figuras e textos e a teoria. Visa analisar se a cartilha está relacionada com o constructo. O senhor (a) acredita que o conteúdo de cada figura e texto é relevante? Em que nível?



<p>ASSUNTOS (Figuras e textos)</p>	<p>CLAREZA DA LINGUAGEM As figuras e os textos possuem linguagem clara, compreensível e adequada para a população?</p>	<p>PERTINÊNCIA PRÁTICA As figuras e os textos possuem importância para a cartilha?</p>	<p>RELEVÂNCIA TEÓRICA O conteúdo de cada figura e texto é relevante?</p>	<p>SUGESTÕES</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>FICHA TÉCNICA</p> <p>Esta cartilha foi produzida pelo programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UPPI) e destina-se aos pais de prematuros, com o objetivo de orientar acerca dos cuidados com esse público.</p> <p>Elaboração: Náima Alexandra Rocha de Carvalho Sílvia Santiago da Rocha Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí</p> <p>Ilustrações: Náima R. de Sá G. Rolatto</p> <p>Design Gráfico: Tereza Comunicação</p> <p>2019</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
 <p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>Náima Alexandra Rocha de Carvalho Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí</p> <p>Tereza - PI</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	

<p>APRESENTAÇÃO</p> <p>Olá mães de prematuros, essa cartilha é destinada a vocês que irão começar a cuidar dos seus filhos na sua casa, ela está recheada de informações que precisarão saber, são cuidados diários de rotina, também cuidados especiais e demais dúvidas que podem surgir no decorrer desse tempo. Dê as quantas informações temos aqui!</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>SUMÁRIO</p> <p>1. HIGIENE Banho 06 Coto umbilical 07 Lavagem de roupas 08 Limpeza do coto e roupar de cama 09 Limpeza de utensílios (copinhos, mamadeiras, brinquedos, etc.) 10</p> <p>2. ALIMENTAÇÃO Alimentação Materno 11 Alimentação Complementar 12</p> <p>3. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO Como estimular seu filho 14</p> <p>4. CUIDADOS DIÁRIOS Choro 15 Sono 16 Sol 17 Frio e calor 17 Visões 18 Medicações e vitaminas 19</p> <p>5. CUIDADOS ESPECIAIS/INTERCORRÊNCIAS Nariz entupido 20 Engasgo 21 Vômito e regurgitação 22</p> <p>6. CONSULTAS E VACINAS Onde procurar 23</p> <p>REFERÊNCIAS 24</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>HIGIENE</p> <p>BANHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lave as mãos e lave toalha, sabonete, roupa e fralda já separados; 2. Confirme se a água não está fria e nem quente demais, testando a temperatura com os punhos; 3. Tira a roupa do bebê e o coloque delicadamente na banheira com água morna, apoiando as costas do bebê no seu braço e lave o bebê com sabonete; 4. Iniciar o banho pelo rosto, sem sabonete: limpar os olhos utilizando uma bola de algodão para cada olho, limpar narinas e orelhas, quando necessário, com bolas de algodão; 5. Limpar o pescoço, membros superiores, tórax anterior, costas e membros inferiores, sucessivamente, com algodão úmido, por último higienizar a região genital; 5. Manter o recém-nascido organizado durante todo procedimento, realizar movimentos suaves e estar atento às suas reações; 7. Secar a pele com pano macio, com movimentos compressivos e suaves, sem esfregar; 8. O tempo do banho deve ser de cinco a dez minutos. <p>“O banho deve ser um momento de interação e prazer. Se não for realizado respeitando os sinais do recém-nascido pré-termo, pode ocasionar hipotermia e aumento do choro, com elevação do consumo de oxigênio e desestabilização dos sinais vitais”.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>COTO UMBILICAL OU UMBIGO</p>  <p>Esta região do bebê deve ser mantida seca para evitar infecções e deve ser limpa todos os dias, após o banho e a troca de fraldas (depois de ir ou sair).</p> <p>Antes de começar a limpar o coto umbilical, lave mãos com água e sabão. Levante o coto com uma das mãos e com a outra, faça a limpeza de baixo para cima.</p> <p>Para isso, use gaze, algodão ou cotonete embebido em álcool a 70%. Não nada para cobrir essa região, porque isso pode causar irritações, inflamações e acúmulo de secreções.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	

<p>08</p> <p>LAVAGEM DE ROUPAS</p> <p>Recomenda-se lavar as roupas do bebê com sabão de barra, neutro, de preferência, o de coco que tem menos produtos químicos (cheiros fortes).</p> <p>Evitar o uso excessivo de sabão em pó e amaciante. Esses produtos têm muita química que ataca nas fibras das roupas e que, no contato com a pele do bebê, causam alergias.</p>  <p>É importante que as roupas sejam secadas ao sol e sempre passadas a ferro para eliminar possíveis microórgãos que estavam.</p> <p>As roupas do bebê devem ser lavadas separadamente das roupas dos outros membros da família e com sabão neutro, evitando-se o uso de sabão em pó ou amaciante.</p> <p>Então, para simplificar, dê-lhe a peça a peça resumido e curta a seguir.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>09</p> <p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 - Comprar leite e produtos específicos para peles sensíveis; 2 - Lavar todas as peças (na mão ou na máquina, se escolher lavar na máquina, lembre-se de garantir que ela esteja livre dos resíduos de lavagem anterior); 3 - Secar da maneira usual, tomando as precauções específicas para cada tipo de tecido; 4 - Remover etiquetas; 5 - Passar pelo lado do avesso. <p>Lavar as roupas, passar, dobrar, guardar, organizar, deixar tudo limpinho e cheiroso é também um gesto de amor.</p> <p>LIMPEZA DA CASA E ROUPAS DE CAMA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arejar o ambiente diariamente: separar um momento do dia enquanto o bebê não está no quarto para abrir as janelas e deixar o ar circular. Isso evita o acúmulo de ácaros e o surgimento de alergias. 2. Ventilar a casa e tirar o pó: importante para evitar a acumulação de poeira que podem prejudicar a saúde do bebê e tirar o sono dos irmãos. É importante passar pelo menos uma vez por semana, se possível quase todos os dias, em estofados, cortinas, almofadas, colchões, brinquedos e até mesmo nos carpetes da casa. 3. Selecionar produtos de limpeza: há hoje de escolher os produtos de limpeza, evite os que emitam um perfume muito forte, pois isso possibilita o surgimento de alergias. Procure fazer a limpeza com o menor uso possível, detergentes neutros e panelas ultralíquidas com água. 4. Evite arinhos de parede: Acumulam muita poeira e permitem a aglomeração de ácaros. 5. Trocar as roupas de cama regularmente: É necessário trocar as roupas de cama do berço regularmente, isso inclui lençóis, colchas, protetores de berço, fronhas e até almofadas. 	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>10</p> <p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>LIMPEZA DE UTENSÍLIOS (COPINHOS, MAMADEIRA, BRINQUEDOS, ETC)</p>  <p>A limpeza dos utensílios usados pelo bebê também merece atenção. Afinal de contas, os pequenos estão passando pela fase em que tudo é colocado na boca.</p> <p>É necessário lavar com água e sabão para retirar toda a sujeira e ferver em água limpa e panela tampada por pelo menos 15 minutos após cada uso.</p> <p>Mamadeiras, chupetas e copinhos devem ser fervidos todos os dias e guardados separadamente dos outros utensílios domésticos.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>11</p> <p>2</p> <p>É muito importante estimular o bebê a arrotar (colocando-o na posição vertical, no colo e massageando levemente as costas dele) para que ele elimine a bolha de ar e o excesso de leite, o que diminui o risco de regurgitação e asfoficação (o leite ir para os pulmões).</p> <p>Deixe o bebê mais sentadinho após a mamada, mantendo a cabeça mais elevada e movimentando-o minimamente após o ato de mamar.</p> <p>ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR</p> <p>A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de água, energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos: sólidos, culturalmente aceitos, acessíveis e que sejam agradáveis à criança.</p> <p>Por volta dos seis meses de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, manifesta excitação à visão do alimento, sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação.</p> <p>Além disso, a criança desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	

<p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>O sucesso da alimentação complementar depende de paciência, afeto e suporte por parte da mãe e de todos os cuidadores da criança.</p> <p>Toda a família deve ser estimulada a contribuir positivamente nessa fase.</p>  <p>Para isso, você precisa participar das consultas no posto de saúde, o profissional vai reconhecer sua forma de vida e indicar a alimentação ideal para seu filho.</p> <p>Ele vai acolher suas dúvidas, preocupações, dificuldades, êxitos e conhecimentos prévios, que são tão importantes quanto o conhecimento técnico para garantir o sucesso de uma alimentação saudável.</p> <p>O profissional de saúde irá informar os conceitos técnicos de forma prática, em linguagem simples e acessível, explicará as técnicas adequadas de preparo, noções de consistência e quantidades ideais das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplam as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 																					
<p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO</p> <p>COMO ESTIMULAR SEU FILHO</p>  <p>O sistema auditivo está formado ao nascimento e, em função da estimulação sonora, ocorre a maturação das vias auditivas, por isso é importante que você sempre converse, cante para ele, fale em voz alta.</p> <p>Além disso, o estímulo pode ser realizado através do bebê prematuro em ambiente interessante (colorido, alegre), tocando e massageando-o afetuosamente e variando a posição dele, estimulando, assim, a liberdade de movimentos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 																					
<p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>CUIDADOS DIÁRIOS</p> <p>CHORO</p> <p>Seu bebê se comunica de várias formas com as pessoas, uma delas é por meio do choro, que pode ter significados e causas diferentes, a primeira coisa que você deve fazer é identificar as causas para tentar resolvê-lo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS</th> <th>ATTITUDE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ficar rapidamente e continuamente chorando</td> <td>Alimentar se parecer se irritado após de ficar calmo e não no local, não "descansar", ficar irritado</td> </tr> <tr> <td>Chorar após</td> <td>Verificar a rotina do bebê e trocá-la</td> </tr> <tr> <td>Inquietude, por não estar bem acomodado e por estar com roupas cobertas no ventinho</td> <td>Observar o bebê para ver se não tem nada incompleto. Trocar o lençol, tirar o meião, olhar dentro da fralda, procurar se não há uma obstrução no nariz, verificar se está quente</td> </tr> <tr> <td>Frio</td> <td>Verificar o bebê se está muito abrigado, reduzir o cobertor e trocar o lençol</td> </tr> <tr> <td>Calor</td> <td>Verificar o bebê se está muito abrigado, reduzir o cobertor e trocar o lençol</td> </tr> <tr> <td>Sede</td> <td>Colocar o bebê para mamar nas primeiras horas de vida e oferecer, imediatamente, após cada alimentação, um pouco de água</td> </tr> <tr> <td>Muito irritabilidade</td> <td>Lavar o bebê com um sabão neutro, reduzir o banho e o estímulo</td> </tr> <tr> <td>Dois, irritabilidade por calor</td> <td>Reduzir o estímulo e cobrir o bebê com lençol, lavar imediatamente, trocar o lençol e cobrir o bebê com lençol, reduzir o estímulo</td> </tr> <tr> <td>Ter um ou alguns problemas de saúde</td> <td>Atender na hora que o bebê não está chorando chorado, chorando</td> </tr> </tbody> </table>	SINAIS	ATTITUDE	Ficar rapidamente e continuamente chorando	Alimentar se parecer se irritado após de ficar calmo e não no local, não "descansar", ficar irritado	Chorar após	Verificar a rotina do bebê e trocá-la	Inquietude, por não estar bem acomodado e por estar com roupas cobertas no ventinho	Observar o bebê para ver se não tem nada incompleto. Trocar o lençol, tirar o meião, olhar dentro da fralda, procurar se não há uma obstrução no nariz, verificar se está quente	Frio	Verificar o bebê se está muito abrigado, reduzir o cobertor e trocar o lençol	Calor	Verificar o bebê se está muito abrigado, reduzir o cobertor e trocar o lençol	Sede	Colocar o bebê para mamar nas primeiras horas de vida e oferecer, imediatamente, após cada alimentação, um pouco de água	Muito irritabilidade	Lavar o bebê com um sabão neutro, reduzir o banho e o estímulo	Dois, irritabilidade por calor	Reduzir o estímulo e cobrir o bebê com lençol, lavar imediatamente, trocar o lençol e cobrir o bebê com lençol, reduzir o estímulo	Ter um ou alguns problemas de saúde	Atender na hora que o bebê não está chorando chorado, chorando	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
SINAIS	ATTITUDE																							
Ficar rapidamente e continuamente chorando	Alimentar se parecer se irritado após de ficar calmo e não no local, não "descansar", ficar irritado																							
Chorar após	Verificar a rotina do bebê e trocá-la																							
Inquietude, por não estar bem acomodado e por estar com roupas cobertas no ventinho	Observar o bebê para ver se não tem nada incompleto. Trocar o lençol, tirar o meião, olhar dentro da fralda, procurar se não há uma obstrução no nariz, verificar se está quente																							
Frio	Verificar o bebê se está muito abrigado, reduzir o cobertor e trocar o lençol																							
Calor	Verificar o bebê se está muito abrigado, reduzir o cobertor e trocar o lençol																							
Sede	Colocar o bebê para mamar nas primeiras horas de vida e oferecer, imediatamente, após cada alimentação, um pouco de água																							
Muito irritabilidade	Lavar o bebê com um sabão neutro, reduzir o banho e o estímulo																							
Dois, irritabilidade por calor	Reduzir o estímulo e cobrir o bebê com lençol, lavar imediatamente, trocar o lençol e cobrir o bebê com lençol, reduzir o estímulo																							
Ter um ou alguns problemas de saúde	Atender na hora que o bebê não está chorando chorado, chorando																							
<p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>SONO</p> <p>As necessidades de sono do bebê prematuro são diferentes das que um bebê nascido no tempo certo, porque é nesse momento (do sono) que eles crescem e se desenvolvem.</p> <p>Prematuros geralmente dormem por uma hora, seguidos por 20 minutos com sono leve e chegam a ficar adormecidos por até 22 horas ao dia durante os primeiros meses de vida.</p> <p>A posição certa para o bebê prematuro dormir é com a barriga para cima, ou de lado. Evitar deixá-lo com a barriga para baixo. E para deixar o sono do bebê mais tranquilo, mantenha as mameadas noturnas de forma tranquila, deixe o quarto do bebê com uma iluminação suave e repita a rotina de preparação para o sono do bebê sempre que possível. Se o bebê prematuro estiver trocando e dia pela noite, pode-se reduzir ao máximo a estimulação durante as alimentações noturnas, usando, por exemplo, não ligar a luz quando for amamentar pela noite, falar pouco, ambiente silencioso, etc.</p> <p>Reduzir o barulho e a movimentação dentro de casa, também ajuda. Não se deve colocar a criança no cama dos pais, pois os adultos podem machucar o bebê.</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 																					

<p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>SOL</p> <p>O horário de dia mais adequado para colocar o bebê no sol é até manhã, como nessa ilustração e muito quente o ideal é colocar até as 11h e no final da tarde a partir das 17 horas.</p> <p>Colocar o bebê sem roupas exposto ao sol, protegendo seu rosto, pois ele é sensível para os olhos.</p> <p>Mudar o bebê de lado, para expor maior área da pele ao sol.</p> <p>Aumentar gradualmente o tempo de exposição do bebê ao sol, chegando até cerca de 15 minutos.</p> <p>Observar a reação da pele, se houver vermelhidão e suor, reduzir o tempo de exposição.</p>  <p>FRIO E CALOR</p> <p>Procure vestir seu filho com uma camada de roupa a mais em relação àquela que estiver usando. Por exemplo, se você estiver de camiseta de manga curta, coloque nele uma de manga comprida, acrescentando então um casaco.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>Se o bebê está dormindo tranquilamente e se alimentando bem, está calmo e não irritado, é bem provável que esteja com a temperatura adequada.</p> <p>É muito mais comum os bebês serem superaquecidos e ficarem irritados com o calor do que se mostrarem incomodados por estarem passando frio.</p> <p>Dê para perceber se uma criança está acalorada porque ela vai suar e terá aumento da temperatura corporal (você pode medir com um termômetro). Se a pele do seu filho estiver úmida, ele está suando e, portanto, está com calor.</p> <p>Se você mora numa região quente, saiba que o calor pode atrapalhar o sono do seu filho.</p> <p>Por outro lado, bebês com frio podem apresentar tremor, certa palidez e até apatia.</p> <p>Se estiver frio, é preferível agasalhá-lo com maior quantidade de roupas do que cobri-lo com muitas cobertas.</p> <p>VISITAS</p> <p>Quando o bebê, finalmente, chega em casa, muitas pessoas vão querer visitá-lo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Evitar contato com pessoas resfriadas ou com gripe. Limitar tempo e o número de pessoas que o 	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>visitação mesmo tempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Deixar a casa bem arejada, com portas e janelas abertas. Peidi que as visitas lavem as mãos antes de pegar o bebê. Se possível tenha álcool gel sempre disponível. Impedir que se fume em casa. <p>MEDICAÇÕES E VITAMINAS</p> <p>É muito arriscado a mãe/família tentar medicar seu filho.</p>  <p>Os riscos para a criança são decorrentes de erros de dosagem e na escolha do medicamento. Os analgésicos e anti-inflamatórios são os remédios mais utilizados pelas famílias, mas vale lembrar que eles podem causar danos sérios à saúde do bebê.</p> <p>O ideal é você buscar as vitaminas dos alimentos para fortalecer seu filho, sempre oferecer frutas e verduras (de acordo com a idade dele e orientado pelos profissionais de saúde).</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	
<p>CUIDADOS ESPECIAIS/ INTERCORRÊNCIAS</p> <p>NARIZ ENTUPIDO</p> <p>Existem algumas coisas que podem fazer para melhorar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Aumentar a umidade do ambiente onde o bebê dorme, colocando uma bacia com água embaixo do berço e uma toalha úmida na janela, dentre outras medidas; Deixá-lo em um banho mais quente, cuidando para que não entre em contato com corrente de ar frio; Pingar soro fisiológico nas narinas antes das mamadas; Diminuir de brinquedos de pelúcia, cortinas e tapetes; Lavar a roupa do bebê sem produtos químicos, pois poderá haver uma reação alérgica. <p>Não administre nenhum tipo de medicação no bebê, mesmo que pareça não oferecer perigo. Se o entupimento do nariz não melhorar, deve-se procurar assistência médica.</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	<p>1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima</p>	

<p>21</p> <p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>ENDASSO</p> <p>Meu bebê engasgou e agitou?</p> <p>PASSOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Mantenha a calma! 2 - Ligue ou peça para alguém ligar imediatamente para o Corpo de Bombeiros telefone 193 ou SAMU telefone 192 e diga seu endereço. 3 - Não tente retirar o objeto da garganta do bebê, pois você poderá empurrá-lo ainda mais fundo, piorando a situação. 4 - Com o dedo indicador e médio deslize suavemente a boca do bebê aberta. 5 - Coloque o bebê deitado de barriga para baixo em cima do seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo. Apóie seu antebraço na sua coxa para ter mais firmeza. 6 - De 5 batidas com a base de mão entre os ombros, no meio das costas do bebê. <p>Chame para o bebê. Se ele chorar, vomitar ou tossir é sinal que desengasgou. Sua cor volta ao normal.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>22</p> <p>TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE O CUIDADO DO PREMATURO EM SUA CASA</p> <p>VÔMITOS/REGURGITAÇÃO</p> <p>Geralmente o que ocorre após a mamada é chamado de regurgitação.</p> <p>Regurgitação ou "retorno do leite", é uma das manifestações gastrointestinais mais comuns na infância, essa condição resolve-se espontaneamente medida que a criança vai crescendo.</p> <p>Já o vômito, é expulsão violenta do conteúdo do estômago, podendo ser precedido de náuseas. É contínuo, podendo ser em forma de jato. O vômito nem sempre ocorre durante ou após a alimentação.</p> <p>É possível reduzir a regurgitação por meio de algumas medidas simples, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar o bebê para amolar com maior frequência durante e após a mamada. • Deixá-lo com a cabeça mais elevada (mais sentadinho) após a mamada movimentá-lo o mínimo possível após a mamada. <p>A regurgitação exagerada, bem como, episódios de vômito requerem avaliação médica.</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>23</p> <p>CONSULTAS E VACINAS</p> <p>ONDE PROCURAR</p> <p>As consultas e vacinas estarão disponíveis nos postos de saúde mais próximos, além disso até seu bebê pesar 2500 gramas você poderá fazer acompanhamento no hospital de onde fez o acompanhamento, logo após o nascimento.</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	
<p>24</p> <p>REFERÊNCIAS</p> <p>1. BRASIL. Ministério da Saúde. Método canguru: diretrizes do cuidado. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2018.</p> <p>2. BECK, D. et al. Cuidados ao Recém-Nascido. Saving Newborn Lives Save the Children. H Street NW Suite, Washington, 2003.</p> <p>3. FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Cuidados com o recém-nascido prematuro: orientações para a família. Cartilha Educativa, produto de Oitenta e Seis do Mestrado apresentado à Escola de Enfermagem do Ribeirão Preto/USP, 2009.</p> <p>4. DINTO, T. R. C. Animação educativa sobre cuidados domiciliares com o prematuro. Rev. Bras. Enferm., v.71, n.supl.4, Brasília, 2018.</p> <p>5. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2015.</p> <p>6. BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2015.</p> <p>7. BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2015.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	<ol style="list-style-type: none"> 1. pouquíssima 2. pouca 3. média 4. muita 5. muitíssima 	

APÊNDICE E – Instrumento de caracterização dos juízes docentes de conteúdo

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES DOCENTES DE CONTEÚDO

IDENTIFICAÇÃO		
-Especialista nº (preenchimento do pesquisador responsável):		
-Iniciais:	-Sexo: () Masculino (0) () Feminino (1)	
-Idade:	-Data de nascimento:	
-Estado civil: () Solteiro (0) () Casado (1) () Divorciado (2) () Viúvo (3)		
-Residente /cidade:		
FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ACADEMICA		
-Graduação:	Instituição:	ano:
-Especialização 1:	Instituição:	ano:
-Especialização 2:	Instituição:	ano:
-Mestrado:	Instituição:	ano:
Tema da dissertação:		
-Doutorado:	Instituição:	ano:
Tema da tese:		
-Participação em algum grupo/projeto de pesquisa? () Sim(0) () Não (1)		
Se sim, qual a temática:		
-Profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria? () Sim(0) () Não (1)		
Tem trabalhos acadêmicos de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temas relacionado a prematuridade? () Sim(0) () Não (1)		
-Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
-Ter autoria em artigo científico com temáticas relativas à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
-Participação em banca avaliadora de trabalhos acadêmicos de Pós-Graduação Stricto Sensu (Mestrado ou Doutorado) com temática referente à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
-Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
-Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL		
Ocupação atual:	Anos:	
Área de atuação:		
-Ter experiência profissional assistencial junto ao público de neonatos prematuros e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos. () Sim(0) () Não (1)		
-Ter experiência docente na área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
-Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		
-Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos</i> . () Sim(0) () Não (1)		

(JASPER, 1994)

APÊNDICE F – Instrumento de caracterização dos juízes assistências

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ASSISTENCIAIS DE CONTEÚDO

IDENTIFICAÇÃO		
-Especialista nº (preenchimento do pesquisador responsável):		
-Iniciais:	-Sexo: () Masculino (0) () Feminino (1)	
-Idade:	-Data de nascimento:	
-Estado civil: () Solteiro (0) () Casado (1) () Divorciado (2) () Viúvo (3)		
-Residente /cidade:		
FORMAÇÃO PROFISSIONAL E ACADEMICA		
-Graduação:	Instituição:	ano:
-Especialização 1:	Instituição:	ano:
-Especialização 2:	Instituição:	ano:
-Mestrado: () Sim(0) () Não (1) Instituição: ano:		
Tema da dissertação:		
-Doutorado: () Sim(0) () Não (1) Instituição: ano:		
Tema da tese:		
-Participação em algum grupo/projeto de pesquisa? () Sim(0) () Não (1)		
Se sim, qual a temática:		
-Profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria? () Sim(0) () Não (1)		
Tem trabalhos acadêmicos de graduação com temas relacionado a prematuridade? () Sim(0) () Não (1)		
-Participação em mesas-redondas de eventos científicos da área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
-Ter autoria em artigo científico com temáticas relativas à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
-Participação em banca avaliadora de trabalhos acadêmicos de graduação com temática referente à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
-Ter recebido de instituição científica conhecida homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
-Possuir trabalho premiado em evento científico nacional ou internacional, cujo conteúdo seja referente à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
EXPERIENCIA PROFISSIONAL		
Ocupação atual:	Anos:	
Área de atuação:		
-Profissional Tutor do Método Canguru?		
-Ter experiência profissional assistencial junto ao público de neonatos prematuros e seus cuidadores por um periodo mínimo de 5 anos. () Sim(0) () Não (1)		
-Ter experiência docente na área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
-Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		
-Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à <i>saúde da criança, recém-nascido prematuro, prematuridade e/ou cuidados domiciliares à recém-nascidos.</i> () Sim(0) () Não (1)		

(JASPER, 1994)

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento “*Suitability Assessment of Materials- SAM*”

		CLASSIFICAÇÃO		
FATOR	FINALIDADE	SUPERIOR	ADEQUADO	INADEQUADO
1. Conteúdo				
(a) Objetivo é evidente	É importante que os leitores prontamente compreendam a finalidade dos materiais. Se não perceberem o objetivo claramente, podem perder pontos principais.	<input type="checkbox"/> Objetivo é explicitamente indicado no título, ilustração ou na introdução.	<input type="checkbox"/> Está implícito ou múltiplos objetivos são indicados.	<input type="checkbox"/> Nenhum objetivo é indicado no título, ilustração ou na introdução.
(b) O conteúdo aborda comportamentos	O conteúdo de maior interesse e uso são informações relacionadas a comportamento que ajudem a resolver o problema.	<input type="checkbox"/> O material é sobre a aplicação de conhecimentos/habilidades destinadas ao alcance de um comportamento desejável, em vez de fatos não relacionados a comportamentos.	<input type="checkbox"/> Pelo menos 40% do teor dos tópicos enfocam comportamentos ou ações desejáveis	<input type="checkbox"/> Quase todos os temas não são abordados por comportamentos.
(c) A proposta é limitada	A proposta do material é limitada ao(s) objetivo (s) e para o que o telespectador possa	<input type="checkbox"/> A proposta é limitada às informações essenciais diretamente relacionadas ao objetivo e ao que pode ser aprendido no tempo	<input type="checkbox"/> A proposta é expandida além do objetivo, porém não além de 40%, e os pontos principais podem ser	<input type="checkbox"/> A proposta está fora dos objetivos e não consegue ser alcançada no tempo permitido.

ANEXO B: PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA- CEP



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA AUTOEFICÁCIA MATERNA NO CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96521118.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.883.281

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é sobre a construção da cartilha educativa se embasará na metodologia de Echer (2005), a qual apresenta as etapas do processo de construção de materiais educativos para a área da saúde. De acordo com a pesquisadora responsável a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) em 2014 teve os primeiros lugares ocupados por nações com índices de mortalidade bem aumentados, como o Afeganistão (1º lugar), com 117,23 por mil nascidos vivos; Mali (2º lugar), com 104,34 por mil nascidos vivos; e Somália (3º lugar), com 100,14 por mil nascidos vivos. Em relação aos países com menor TMI, destacou-se Mônaco (1,81 por mil nascidos vivos), Japão (2,13 por mil nascidos vivos) e Bermudas (2,48 por mil nascidos vivos) (CIA, 2014). Dessa forma, o projeto de pesquisa objetiva elaborar e Validar uma tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da auto eficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar. As fases serão: 1) elaboração do projeto de desenvolvimento e submetê-lo a um Comitê de Ética e Pesquisa (CEP); 2) levantamento bibliográfico; 3) elaboração do material educativo; 4) qualificação ou validação do material por especialistas no assunto e representantes do público-alvo. Neste estudo, foi adaptada a terceira etapa, denominada de diagnóstico situacional com o público alvo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.593.281

-Elaborar e Validar uma tecnologia educativa do tipo cartilha para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós alta hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Validar a cartilha educativa para a promoção da auto eficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar quanto ao conteúdo e aparência por juizes de conteúdo e técnicos;
- Avaliar a cartilha educativa utilizando o Instrumento Suitability Assessment of Materials (SAM) por juizes de conteúdo e técnicos;
- Validar a cartilha educativa para a promoção da autoeficácia materna no cuidado do recém-nascido prematuro pós-alta hospitalar quanto a aparência pelas mães de crianças prematuras;
- Avaliar o material educativo quanto à compreensão, atratividade, auto-eficácia, aceitabilidade cultural e persuasão pelas mães de crianças prematuras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação do participante nesta pesquisa envolve riscos de fadiga física, Incomodo e desconforto que perpassa a experiência íntima de cada participante com seu estado de saúde, de forma que as abordagens irão considerar a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejáveis, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os Incômodos previstos os pesquisadores se comprometem, sobremaneira em manter conduta de discrição, discernimento e ética.

Benefícios:

Os benefícios ao participar da presente pesquisa serão a longo prazo, porém trarão impactos significantes no futuro quando quando os resultados gerarem uma intervenção a ser implementada para a população destinada, pois ajudará mães nos cuidados com os seus filhos prematuros após a alta hospitalar. Dessa forma, evitar-se-á complicações que geram readmissões hospitalares, além de reduzir o medo e insegurança durante o cuidado, superando assim os riscos mencionados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante sobre a saúde materno infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.683.281

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser desenvolvido tem parecer de aprovado.

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_1162953.pdf	22/08/2018 20:57:28		Acelto
Outros	cartadeencaminhamento.pdf	22/08/2018 20:57:04	silvana santiago da rocha	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	18/08/2018 12:31:16	silvana santiago da rocha	Acelto
Outros	termodeconfidencialidade.pdf	18/08/2018 12:28:34	silvana santiago da rocha	Acelto
Outros	INSTRUMENTO.pdf	18/08/2018 12:27:39	silvana santiago da rocha	Acelto
Outros	LATTESPESQUISADORA.pdf	18/08/2018 12:27:10	silvana santiago da rocha	Acelto
Outros	LATTESPROFRESPONSAVEL.pdf	18/08/2018 12:26:40	silvana santiago da rocha	Acelto
Outros	autorizacaoinstitucional.pdf	18/08/2018 12:25:36	silvana santiago da rocha	Acelto
Declaração de Pesquisadores	declaracaodospesquisadores.pdf	18/08/2018 12:23:23	silvana santiago da rocha	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/08/2018 12:22:55	silvana santiago da rocha	Acelto
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/08/2018 12:22:38	silvana santiago da rocha	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMADEATIVIDADES.pdf	18/08/2018 12:22:20	silvana santiago da rocha	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portela - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br