

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-  
BRASILEIRA – UNILAB**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**RHAIANY KELLY LOPES DE OLIVEIRA**

**DESENVOLVIMENTO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DA  
AUTOEFICÁCIA NOS CUIDADOS AOS RECÉM-NASCIDOS**

**REDENÇÃO**

**2019**

RHAIANY KELLY LOPES DE OLIVEIRA

DESENVOLVIMENTO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DA  
AUTOEFICÁCIA NOS CUIDADOS AOS RECÉM-NASCIDOS

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito para o título de Mestre.

Área: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Práticas de Cuidado na Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Dra. Emanuella Silva Joventino  
Melo

REDENÇÃO

2019

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

---

Oliveira, Rhaiany Kelly Lopes de.

O42d

Desenvolvimento de vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos / Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira. - Redenção, 2019.

144f: il.

Dissertação - Curso de Mestrado Acadêmico Em Enfermagem, Programa De Pós-graduação Em Enfermagem, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Emanuella Silva Joventino Melo.

1. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento. 2. Autoeficácia. 3. Estudos de validação. 4. Recursos Audiovisuais. 5. Enfermagem. I. Título

CE/UF/BSCA

CDD 618.9201

---

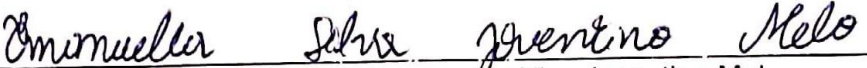
RHAIANY KELLY LOPES DE OLIVEIRA

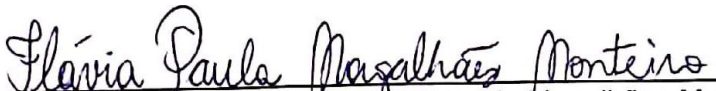
DESENVOLVIMENTO DE VÍDEO EDUCATIVO PARA A PROMOÇÃO DA  
AUTOEFICÁCIA NOS CUIDADOS AOS RECÉM-NASCIDOS

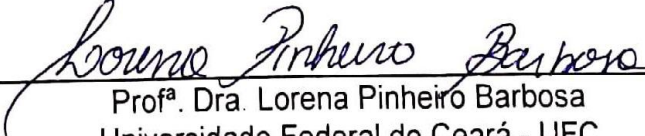
Dissertação de Mestrado apresentado a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, como requisito para o título de mestre.

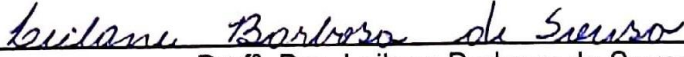
Aprovada em: 01/04/2019

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Emanuella Silva Joventino Melo  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB  
Presidente

  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Flávia Paula Magalhães Monteiro  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB  
Examinadora Interna

  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lorena Pinheiro Barbosa  
Universidade Federal do Ceará - UFC  
Examinadora externa ao Programa

  
Prof<sup>ª</sup>. Dra. Leilane Barbosa de Sousa  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB  
Examinadora Interna

*A Deus, à minha família e  
aos meus amigos, por serem  
meus amores!*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus pelo dom da vida, por ser sustento e coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. Obrigada Senhor, pois minha fé em Ti é a esperança de poder seguir em frente.

Aos meus pais, Maria Meiryvan de Oliveira e Roberto Lopes da Silva, pela criação que me deram, pelo zelo, pelo amor e por terem feito o possível para me fazer feliz. Aos meus irmãos mais velhos, Robervany, Robervan, Roberlany, Roberjany, Roberto Filho e Roberta, por serem exemplos e me guiarem para o caminho do bem.

Aos meus pequenos sobrinhos, princesas Ana Cecília, Hillary, Luane e Letícia, e príncipes Lucas Vinícius e João Levi, fontes de alegria e amor.

À toda minha grande família, avós, tios, primos e agregados, pela força e seus vários exemplos de vida.

Aos meus amigos por todo apoio e incentivo, em especial a Gaby, a Vanessa, a Amanda e a Brena, que pude compartilhar de perto todos os momentos de vitórias, de dificuldades, de risos e lágrimas. Às queridas Jocelany, Jallyne, Hévilla e Aynoan e o querido Raul, meu dedicado e excelente grupo de pesquisa, sem vocês, não teria conseguido. E como sou abençoada e rodeada de pessoas especiais, não poderia deixar de citar meus colegas de trabalho e equipe do coração, Sara Raquel, Leydyjanne, Dr. Luciano, Cláudia Maria, Alcileide e Thaís. E às colegas enfermeiras Nilcileide, Talita, Scarlet, Graslânia e Lívia pela cumplicidade e torcida. Às amigas que tanto quero bem, Vanessa Camurça, Larissa, Lídia e minha irmãzinha do coração, Natália.

À querida orientadora e amiga Emanuella Joventino por todos os ensinamentos não só acadêmicos, mas pela paciência, pelo carinho e por muitas vezes ser confidente e ombro amigo nas várias aventuras e desventuras que a vida nos proporciona. A senhora é uma pessoa e mulher extraordinária.

E todos aqueles que passaram ou ainda estão na minha vida e deram suas contribuições direta ou indiretamente para que chegasse até aqui, meu muito obrigada de coração!

## RESUMO

O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil e na maioria dos países lusófonos. Assim, é imprescindível que a educação em saúde visando à promoção do cuidado materno ao RN seja emancipatória. Em face disso, destaca-se o conceito da autoeficácia como um componente de motivação, tendo um importante papel na aquisição e mudança de comportamento. O objetivo geral do estudo foi desenvolver um vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos. Tratou-se de um estudo multi-métodos desenvolvido em três fases. Primeira fase: Aprofundamento teórico do construto – revisões narrativas da literatura, a busca foi realizada em publicações da Organização Mundial de Saúde, documentos oficiais do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Associação Americana de Pediatria e em artigos científicos. A segunda fase consistiu na delimitação empírica do construto – fase qualitativa, em que foi avaliado o conhecimento de gestantes e puérperas sobre os cuidados com recém-nascidos. Terceira fase: desenvolvimento do vídeo educativo em três etapas: pré-produção, produção e pós-produção. Na pré-produção foram elaboradas a sinopse ou *storyline* que consistiu em um resumo geral do que constará no vídeo; o argumento que foi construído com base no resultado das fases de revisões e qualitativa; o roteiro que foi desenvolvido com auxílio de um software e foi avaliado por juízes técnicos e de conteúdo. Os juízes de conteúdo avaliaram o roteiro no que concerne às seguintes variáveis: conceito da ideia; objetivos; construção dramática; ritmo; personagens; potencial dramático; diálogos; estilo visual; público referente e relevância. Já os juízes técnicos avaliaram: conceito da ideia; construção dramática; ritmo; personagens; potencial dramático, diálogos; estilo visual; público referente; estimativa de produção; funcionalidade; usabilidade; eficiência; e resultado final da análise e técnicos. A etapa de produção consistiu na gravação das cenas propriamente ditas seguindo o roteiro já validado. A pós-produção consistiu na edição do vídeo, seguindo uma etapa de validação da aparência pelo público-alvo (gestantes, mães e familiares de recém-nascidos). Os dados foram analisados e organizados em um banco de dados do sistema *Excel for Windows* e processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 22.0, por meio de análise estatística descritiva e cálculos do Índice de Validade de Conteúdo - IVC. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira com parecer 2.522.818. Os resultados da validação do conteúdo do roteiro pelos juízes de conteúdo, o IVC global foi de 0,90, sendo a avaliação geral de 18 (75%) aprovaram com modificações e 6 (25%) apenas aprovaram, e na avaliação dos juízes da área técnica, o IVC global foi de 0,81, sendo que 2 dos juízes (66,7%) consideraram o vídeo aprovado com modificações, enquanto que 1 (33,3%), o julgou simplesmente como aprovado. Ressalta-se que todas as sugestões dos juízes foram consideradas no roteiro do vídeo, e após as modificações, o mesmo ficou com 24 minutos de duração. A versão final do roteiro foi utilizada para a gravação das cenas do vídeo, para orientar a condução dos atos e as falas dos personagens. Na etapa de validação do vídeo educativo pela população-alvo, este foi analisado por 25 participantes, que o consideraram satisfatório com relação aos seguintes domínios: compreensão, atratividade, aceitação cultural, autoeficácia e persuasão verbal. Além disso, 100% do público-alvo avaliou cada cena do vídeo como clara e relevante. Foi alcançado o IVC global de 0,90, significando excelente nível de concordância entre as mães no que diz respeito à relevância do conteúdo das cenas do vídeo. Dessa forma, conclui-se que o vídeo desenvolvido “Cuidando do seu bebê”, encontra-se válido para utilização pelos profissionais como ferramenta para promover a autoeficácia de mães e familiares nos cuidados com recém-nascidos.

**Palavras-chave:** Recém-nascido; Autoeficácia; Estudos de validação; Recursos Audiovisuais; Enfermagem.

## ABSTRACT

Care with newborn health (NB) is of fundamental importance for the reduction of infant mortality, still high in Brazil and in most Lusophone countries. Thus, it is essential that health education aimed at promoting maternal care to newborns is emancipatory. In view of this, the concept of self-efficacy as a component of motivation stands out, having an important role in the acquisition and change of behavior. The overall objective of the study was to develop an educational video to promote self-efficacy in newborn care. It was a multi-method study developed in three phases. First phase: Theoretical deepening of the construct - narrative literature reviews, the search was carried out in publications of the World Health Organization, official documents of the Ministry of Health, the Brazilian Society of Pediatrics, the American Association of Pediatrics and scientific articles. The second phase consisted of the empirical delimitation of the construct - a qualitative phase, in which the knowledge of pregnant women and postpartum women regarding newborn care was evaluated. Third phase: development of educational video in three stages: preproduction, production and postproduction. In the preproduction were prepared the synopsis or storyline that consisted of a general summary of what will appear in the video; the argument that was built on the outcome of the review and qualitative phases; The script was developed with the aid of software and was evaluated by technical and content judges. Content judges evaluated the script for the following variables: idea concept; goals; dramatic construction; rhythm; characters; dramatic potential; dialogues; visual style; referral audience and relevance. The technical judges evaluated: idea concept; dramatic construction; rhythm; characters; dramatic potential, dialogues; visual style; referring public; production estimate; functionality; usability; efficiency; and final result of the analysis and technicians. The production stage consisted of recording the scenes themselves following the script already validated. Post production consisted of editing the video, following a stage of validation of appearance by the target audience (pregnant women, mothers and family members of newborns). Data were analyzed and organized in an Excel for Windows system database and processed in the Statistical Package for Social Sciences version 22.0, through descriptive statistical analysis and Content Validity Index (IVC) calculations. This study was approved by the Research Ethics Committee of the University of International Integration of Afro-Brazilian Lusophony with opinion 2,522,818. The results of the content judges' validation of the script content, the overall CVI was 0.90, and the overall evaluation of 18 (75%) approved with modifications and 6 (25%) only approved, and in the evaluation of the judges of the script. technical area, the overall CVI was 0.81, and 2 of the judges (66.7%) considered the video approved with modifications, while 1 (33.3%) judged it simply as approved. It is noteworthy that all the suggestions of the judges were considered in the video script, and after the modifications, it was 24 minutes long. The final version of the script was used for the recording of the video scenes, to guide the conduct of the acts and the speech of the characters. In the validation phase of the educational video by the target population, it was analyzed by 25 participants, who considered it satisfactory regarding the following domains: comprehension, attractiveness, cultural acceptance, self-efficacy and verbal persuasion. In addition, 100% of the audience rated each scene in the video as clear and relevant. The overall CVI of 0.90 was reached, which means excellent agreement among mothers regarding the relevance of the



content of the video scenes. Thus, it is concluded that the video developed “Caring for your baby” is valid for use by professionals as a tool to promote the self-efficacy of mothers and family members in newborn care.

**Keywords:** Newborn; Self-efficacy; Validation studies; Audiovisual Resources; Nursing

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1</b>	Mortalidade infantil e neonatal nos países lusófonos.....	<b>12</b>
<b>1.2</b>	Autoeficácia nos Cuidados e Práticas de promoção da saúde do recém-nascido	<b>14</b>
<b>1.3</b>	Tecnologias para a promoção da saúde do recém-nascido.....	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1</b>	Geral.....	<b>21</b>
<b>2.2</b>	Específicos.....	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1</b>	Tipo de Estudo.....	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>Primeira fase:</b> Aprofundamento teórico do construto.....	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>Segunda fase:</b> Delimitação empírica do construto – fase qualitativa .....	<b>23</b>
<b>3.4</b>	<b>Terceira fase:</b> Desenvolvimento do Vídeo Educativo.....	<b>25</b>
<b>3.4.1</b>	Pré-Produção: Sinopse ou <i>Storyline</i> .....	<b>25</b>
<b>3.4.2</b>	Pré-Produção: Argumento.....	<b>25</b>
<b>3.4.3</b>	Pré-Produção: Roteiro.....	<b>26</b>
<b>3.4.3.1</b>	Validação do roteiro: População e amostra .....	<b>26</b>
<b>3.4.3.2</b>	Validação do roteiro: conteúdo e técnica.....	<b>32</b>
<b>3.4.3.3</b>	Validação do roteiro: Análise dos dados.....	<b>33</b>
<b>3.4.4</b>	Pré-Produção: <i>Storyboard</i> .....	<b>34</b>
<b>3.4.5</b>	Produção do Vídeo Educativo.....	<b>34</b>
<b>3.4.6</b>	Pós-Produção.....	<b>35</b>
<b>3.4.7</b>	Validação com o público-alvo.....	<b>35</b>
<b>3.5</b>	Aspectos Éticos.....	<b>36</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>38</b>
<b>4.1</b>	Revisões Narrativas.....	<b>38</b>
<b>4.2</b>	Fase Qualitativa.....	<b>50</b>
<b>4.3</b>	Desenvolvimento do Vídeo Educativo.....	<b>59</b>
<b>4.3.1</b>	Pré-Produção: Sinopse ou <i>Storyline</i> .....	<b>60</b>
<b>4.3.2</b>	Pré-Produção: Argumento.....	<b>60</b>
<b>4.3.3</b>	Pré-Produção: Roteiro.....	<b>62</b>
<b>4.3.4</b>	Validação do Roteiro: Juízes.....	<b>64</b>

4.3.5	Pré-Produção: <i>Storyboard</i> .....	75
4.4	Produção e Pós-produção do Vídeo.....	77
4.5	Validação Aparente do Vídeo com Público-alvo.....	77
5	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>83</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>97</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>126</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado com a saúde do recém-nascido (RN) tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil, assim como para a promoção de uma melhor qualidade de vida e diminuição das desigualdades em saúde.

De fato, o componente neonatal da mortalidade infantil é aquele estreitamente vinculado aos cuidados no período da gestação, do nascimento e do recém-nascido. Implica, portanto, o acompanhamento por parte dos profissionais de saúde em todo ciclo de gestação, a atenção adequada no momento do nascimento e os cuidados destinados aos recém-nascidos, em todos os níveis de complexidade.

Nesse contexto, o papel dos profissionais de enfermagem é prestar uma melhor assistência e promover a saúde do RN, por meio da educação em saúde, considerando a mãe e a família como protagonistas dos cuidados prestados principalmente no domicílio. Assim, através de ações educativas, estes profissionais podem contribuir com os familiares que serão futuros cuidadores domiciliares (TRONCO *et al.*, 2010). Já que, por vezes, a mãe e familiares não se sentem preparados para realizar cuidados adequados aos RN na sua residência.

Dessa forma, faz-se necessário que as mães dos RN recebam instruções por parte dos profissionais de saúde, considerando-se que através da educação em saúde, de orientações pertinentes sobre o cuidado dos RN no domicílio, a preocupação e aflição dessas mães poderão diminuir e seu conhecimento poderá ser melhorado (BOTELHO *et al.*, 2012). Para tanto, é imprescindível que a educação em saúde, visando à promoção do cuidado materno aos recém-nascidos, seja emancipatória. Destaca-se aqui o conceito da autoeficácia como um componente de motivação, tendo um importante papel na aquisição e mudança de comportamento (BANDURA, 1977).

Uma vez que aprender sobre os sinais e comportamentos do recém-nascido, proporcionando o acesso a recursos e informações, permite o desenvolvimento de competências e da confiança dos pais (HOTELLING, 2004; TEDDER, 2012).

Assim, a escolha, execução e manutenção de uma ação ou comportamento devem ser inseridas no conceito de autoeficácia, pois é ela que atua nas pessoas incentivando-as a desenvolver habilidades para enfrentar as mais diversas situações impostas pelo cotidiano (ORÍ, 2008).

Para tanto, o processo educativo realizado pelo enfermeiro deve fortalecer a autoeficácia materna para o cuidado do recém-nascido, por meio da socialização de

conhecimentos que favoreçam o processo de adaptação e preparação, ajuda as mães a quebrarem obstáculos no retorno ao domicílio com seu bebê, tornando-as autônomas nesse processo (DODT *et al.*, 2013).

Dessa forma, no presente estudo, optou-se pela elaboração de um vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados a serem prestados aos recém-nascidos, sendo destinado tanto às mães quanto aos demais cuidadores destes no contexto domiciliar, uma vez que, tal tecnologia possui versatilidade e é de fácil aplicabilidade. O vídeo educativo tem sido utilizado por enfermeiros como estratégia eficaz para promoção da saúde e da autoeficácia (JOVENTINO, 2013a).

### **1.1 Mortalidade infantil e neonatal nos países lusófonos**

Atualmente, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% dos óbitos no primeiro ano de vida e o cuidado adequado ao recém-nascido tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso País. No cenário internacional, o Brasil atingiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, entre as quais está a redução dos óbitos entre crianças menores de 5 anos de idade, em dois terços, entre 1990 e 2015 (UNICEF, 2015).

O componente neonatal, se distribui em mortalidade neonatal precoce (óbitos que ocorrem nos primeiros 7 dias de vida) e tardia (óbitos ocorridos do 7º ao 27º dia de vida), refletindo as condições socioeconômicas e de saúde materna, bem como a qualidade da atenção prestada no pré-natal, parto e ao recém-nascido. Há evidências de que mais de 70% dos óbitos neonatais ocorrem por causas evitáveis, especialmente por falta de adequada atenção à gestante e ao recém-nascido (GAIVA; FUJIMORI; SATO, 2015).

O principal componente da mortalidade infantil atualmente é o neonatal precoce (0-6 dias de vida) e grande parte das mortes infantis acontece nas primeiras 24 horas (25%), indicando uma relação estreita com a atenção ao parto e nascimento. As principais causas de óbitos, segundo a literatura, são a prematuridade, a malformação congênita, a asfixia intraparto, as infecções perinatais e os fatores maternos, com uma proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde (LANSKY *et al.*, 2014).

Diante do exposto, percebe-se que a mortalidade neonatal continua a ser um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Nesse contexto, no ano de 2015, ocorreram no mundo 2,7 milhões de mortes nos primeiros 28 dias de vida; representando uma redução significativa para 19 mortes por 1.000 nascidos vivos das 36 mortes por cada 1000

nascidos vivos em 1990. Embora houvesse um declínio nas taxas neonatais de alguns países africanos subsaarianos, como Gana e Uganda, a taxa de mortalidade neonatal nigeriana (RMN) reduziu em 20,4%, de 49 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1990 para 39 em 2011, 37 em 2013 e 34 mortes por 1000 nascidos vivos em 2015 (FAGBMIGBE, 2014).

Para o cenário dos países lusófonos, de acordo com relatório da UNICEF de 2016, o ranking da mortalidade neonatal no ano de 2015 é apontado como Angola em primeiro lugar com 49 óbitos por 1.000 nascidos vivo, Guiné-Bissau com 40, Moçambique com 27, Timor-leste com 22, São Tomé e Príncipe com 17, Cabo Verde com 12, Brasil com 9 e por fim Portugal com 2 óbitos por 1.000 nascidos vivo (UNICEF, 2015).

A mortalidade infantil em Angola para 2013 foi estimada em menores de cinco anos em 167, em menores de um ano de vida em 102 e a mortalidade neonatal em 42 óbitos por 1.000 nascidos vivo, expressando um declínio, contudo já em 2015 como visto anteriormente esse número teve um aumento. Já em Guiné-Bissau, a sobrevivência da criança melhorou, mas até hoje quase uma em cada 10 crianças <5 anos é improvável que atinja seu quinto aniversário. Uma grande proporção de mortes infantis (36%) ocorre no período neonatal (UNICEF, 2015).

Os demais países do cenário lusófono também apresentaram redução das taxas de mortalidade neonatal, entretanto esses números podem continuar a diminuir se mais esforços forem implementados para a melhoria das condições de vida e de saúde.

A taxa de mortalidade infantil (crianças menores de 1 ano) teve expressiva queda nas últimas décadas no Brasil, graças às estratégias implementadas pelo governo federal, como ações para diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, ampliação das taxas de aleitamento materno exclusivo, entre outras. O número de óbitos foi diminuído de 47,1 a cada mil nascidos vivos em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir o direito à vida e à saúde a toda criança brasileira ainda não foi alcançada, persistindo desigualdades regionais e sociais inaceitáveis.

Entre os anos de 1997 e 2012 houve uma queda de 33% na taxa de mortalidade precoce no Brasil (óbitos entre nascidos vivos nos primeiros seis dias de vida), passando de 10,89 a cada mil nascidos, para 7,36/1.000. Em todas as regiões houve registro de queda, porém, a região Sudeste alcançou a maior delas (42%), enquanto a região Nordeste a menor (23%). Já as taxas de mortalidade neonatal tardia – óbitos entre nascidos vivos entre o 7º e o 28º dia de vida – caíram 21%, passando de 2,92/1.000 para 2,29/1.000, entre os anos de 1997 e 2012, no entanto, o Ceará figura entre os estados com as maiores taxas no período (LANSKY *et al.*, 2014).

A redução das taxas de mortalidade infantil é um reflexo da melhoria das ações e políticas de saúde voltadas para essa população. Destarte, os índices ainda apontam um expressivo número de morbimortalidade principalmente no período neonatal, sendo necessárias intervenções que atinjam essa população.

## **1.2 Autoeficácia nos Cuidados e Práticas de promoção da saúde do recém-nascido**

O período neonatal representa um momento de grande vulnerabilidade na vida, pois nele concentram-se riscos biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, havendo necessidade de cuidados especiais, com atuação oportuna, integral e qualificada de proteção social e de saúde, direitos reconhecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990).

O referido período compreende os primeiros 27 dias pós-parto, sendo considerada uma fase de fragilidade à saúde infantil, requerendo, por isso, cuidados adequados, uma maior vigilância e acompanhamento por parte do profissional de saúde, a fim de garantir um crescimento e desenvolvimento infantil adequados.

As mortes nos primeiros 28 dias de vida estão relacionadas, principalmente, ao estado endógeno (distúrbios geneticamente induzidos, nascimentos prematuros) de uma criança, qualidade do atendimento pré-natal, se a assistência foi administrada durante o parto e cuidados pós-parto. No entanto, as mortes nos 11 meses subsequentes são muitas vezes ligadas ao status de riqueza ou pobreza dos agregados familiares, fatores ambientais, comportamentos de saúde e práticas nutricionais (MORAKINYO; FAGBMIGBE, 2017).

Vários outros fatores estão sendo associados à mortalidade infantil, tais como: educação materna, casamento precoce, local de residência, variações regionais, breves intervalos de nascimento, comportamento de fertilidade ou multiparidade, práticas de amamentação, uso de serviços de saúde por mãe e / ou criança, o sexo da criança, etnia e religião (MORAKINYO; FAGBMIGBE, 2017).

Pode-se perceber que esses fatores não estão ligados apenas à mãe, mas também aos demais familiares envolvidos direta ou indiretamente com os cuidados aos recém-nascidos, como o pai ou companheiro. Por isso, a importância de envolver toda a família nas estratégias de educação em saúde (DUARTE, 2012).

Promover o ensino sobre os cuidados com o recém-nascido, favorece o vínculo entre os pais e o RN, além de aumentar a confiança da mãe para realizá-los (TEDDER, 2012) e diminuir as chances de óbitos neonatais.

Alguns estudos que abordam a relação do recém-nascido (RN) com a mãe têm reconhecido a importância do vínculo entre a criança e a família para o desenvolvimento saudável ao longo de sua vida, tanto no aspecto emocional, quanto no cognitivo e social (MALDONADO; DICKSTEIN, 2010).

O nascimento de uma criança é um momento de intensa transformação para a família por exigir uma ressignificação dos seus papéis e responsabilidades, além de mudanças em sua estrutura e funcionamento para receber o novo membro. Assim, a família deve aprender a desempenhar novas funções para atender aos desafios que lhes são impostos (SCHMIDT *et al.*, 2012).

A enfermagem, como uma profissão que oferece cuidado e orientação, pode também levar a mãe para ser agente multiplicador, contribuindo para uma melhor assistência ao RN. Essa mãe orientada potencializa a assistência que será levada para o meio familiar, social e individual.

Ressalta-se ainda a importância de o enfermeiro incluir também a figura paterna nas orientações sobre os cuidados com o RN, bem como de incluir a família nesses cuidados (SANTOS *et al.*, 2007). Assim, busca-se um olhar holístico e humanizado, que vem se consolidando desde o lançamento pelo Ministério da Saúde em 2000 do Programa de Humanização no Pré Natal e Nascimento (PHPN), que busca um melhor acompanhamento do pré-natal, das puérperas e dos cuidados com o RN (SANTANA *et al.*, 2012).

Com isso, torna-se de suma importância o envolvimento dos pais na realização dos cuidados promovidos pelos profissionais de saúde, para elevar a confiança destes ao cuidar do seu filho em seus domicílios (RABELO *et al.*, 2007).

Para tanto, a autoeficácia apresenta-se como importante ferramenta para potencializar as atividades de educação em saúde, uma vez que, configura-se como a capacidade de um indivíduo achar-se apto em realizar com êxito determinado ato, baseado em seus conhecimentos e habilidades (BIZERRA *et al.*, 2015). Dessa forma, a autoeficácia pode ser promovida por meio de quatro fontes: experiências de êxito pessoal; experiências vicárias; persuasão verbal; e estados fisiológicos (BANDURA; ADAMS, 1982).

Bandura e Adams (1982) sintetizam estas quatro fontes que influenciam o desenvolvimento do senso de autoeficácia. Para os autores, as experiências pessoais consistem na interpretação feita pelo sujeito dos resultados de uma situação, sendo que, enquanto experiências de sucesso aumentam a autoeficácia, experiências de fracasso a diminui; as experiências vicárias constituem-se na observação social, bem como na avaliação da performance do outro; a persuasão verbal se refere às avaliações que o sujeito recebe dos outros



e os indicadores fisiológicos associam-se a estados emocionais que interferem positiva ou negativamente no modo como o sujeito interpreta as situações.

De acordo com Nunes (2008), estas diferentes fontes poucas vezes agem de forma independente ou separadas. O indivíduo não apenas vivencia o resultado de seu esforço, mas também observa outros indivíduos em situações semelhantes, bem como recebe a opinião dos outros sobre a sua performance. Considerando ainda “que essas influências se afetam entre si, o poder de um dado modo de influência de eficácia pode mudar notavelmente dependendo da força das outras fontes” (NUNES, 2008).

Diante disso, torna-se importante que o enfermeiro insira o conceito de autoeficácia materna no contexto do cuidado da criança, bem como nas estratégias de educação em saúde, pois, segundo Bandura (1977), a autoeficácia é a convicção de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados.

Nos Estados Unidos, os programas de promoção da saúde estão cada vez mais considerando o modelo de crenças em saúde ou modelo de autoeficácia de Bandura, fato que deve ser compreendido e praticado também nos países em desenvolvimento, já que devem considerar as complexas interações entre características sociodemográficas, conhecimentos, crenças e comportamentos de saúde (LIU *et al.*, 2015).

Um estudo realizado no Distrito Federal, em um hospital público, utilizou a escala de avaliação da autoeficácia materna percebida e destacou a relevância do instrumento na percepção de autoeficácia materna em relação aos cuidados e à interação com o neonato, ao longo de três etapas do Método Canguru, de mães de recém-nascidos prematuros de baixo peso. Tal estudo aponta a relevância de se trabalhar a autoeficácia, pois no citado estudo auxiliou a identificar as mães que necessitavam de maior apoio psicossocial (SPEHAR; SEIDI 2013).

Outro estudo realizado em um hospital urbano nos EUA avaliou os níveis de autoeficácia de mães afro-americanas no que diz respeito a práticas de sono seguro e risco para a Síndrome da Morte Súbita Infantil (SIDS) e asfixia acidental, tendo como principal resultado um maior nível de autoeficácia nas ações para prevenção de asfixia acidental do que para SIDS (MATHEWS *et al.*, 2016). Tais estudos apontam a relevância de se trabalhar a autoeficácia para os cuidados com os recém-nascidos, uma vez que estes apresentam dependência total de cuidados maternos e familiares.

Os recém-nascidos requerem uma série de cuidados específicos, gerando insegurança nos pais, em especial nas mães primíparas. Dentre esses cuidados que muitas vezes geram dúvidas entre as mães primíparas, podem ser citados: banho, amamentação e como segurar, horário para o banho de sol, imunização, troca de fraldas, prevenção de dermatites,

cólicas, como higienizar o cordão umbilical, lavagem das roupas do RN, higienização oral e da região genital do bebê, como colocar para dormir, como identificar quando estar com fome, entre outras (ROLIM *et al.*, 2016).

Portanto, é essencial que os enfermeiros reforcem orientações aos pais e familiares sobre os cuidados que devem ser prestados à esse público. Para tanto, pode-se valer de tecnologias educativas, pois se apresentam como importantes ferramentas que podem auxiliar, facilitar e dinamizar as atividades de educação em saúde.

### **1.3 Tecnologias para a promoção da saúde do recém-nascido**

As tecnologias estão presentes na vida das pessoas de maneira concreta, e não somente nos equipamentos modernos que são utilizados no dia-a-dia (BARBOSA, 2011). O conceito de tecnologia possui um significado bem amplo, pois se relaciona a uma esfera abrangente de ideias transformadoras, desde o uso de equipamentos, o saber profissional para a geração e utilização de produtos, bem como a organização das relações humanas (SALVADOR *et al.*, 2012).

O termo tecnologia em saúde, muitas vezes, é associado à maquinaria desenvolvida para a reabilitação e sobrevivência dos indivíduos. Porém, é importante ressaltar que tal conceito pode se expressar de diferentes práticas de cuidados, a saber: tecnologia dura, que se refere exatamente à ideia trazida pelo senso comum, representada pelas máquinas, normas e estruturas organizacionais; tecnologia leve-dura, representada pelos saberes teóricos que darão suporte para a compreensão do processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalista e a epidemiologia; e a tecnologia leve, evidenciada pelas relações interpessoais que têm por finalidade suprir as necessidades do usuário (MERHY; ONOCKO, 2006).

As inovações tecnológicas na área de saúde podem ser exemplificadas por medicamentos, equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas de apoio, processos educativos, protocolos e programas de saúde (LORENZETTI *et al.*, 2012). A tecnologia de cuidados de saúde está rapidamente se tornando a base para o avanço sustentado da qualidade nos cuidados de saúde e todos os profissionais de saúde aliados a tais desempenham um papel fundamental no seu sucesso (PISCOTTY *et al.*, 2015).

As tecnologias possibilitam ao educador maneiras inovadoras de trocar conhecimentos com o educando, facilitar o aprendizado e contribuir para o avanço educacional (NIETSCHKE *et al.*, 2012). Desta forma, elas não são meios, mas sim instrumentos facilitadores

da aprendizagem entre homem-sociedade, proporcionando ao educador um saber que favorece a construção e reconstrução do conhecimento.

Através da tecnologia educativa, o enfermeiro pode disseminar orientações sobre as mais variadas temáticas em saúde, auxiliando no cuidado em enfermagem. Da mesma forma, a tecnologia educativa auxilia ainda na promoção da saúde como importante ferramenta para transmitir um conhecimento prévio ao público alvo.

No campo da promoção do desenvolvimento infantil (PDI), o acúmulo de evidências científicas embasa estratégias inteligentes, criativas, participativas e equitativas a fim de contribuir para a promoção da saúde, da justiça social, do desenvolvimento social e econômico (CENTER, 2014; CYPEL, 2011; MARMOT; ATKINSON; BELL, 2010).

Entende-se, dessa maneira, que o uso da tecnologia na assistência à saúde da criança é um tema atual, o qual está sendo integrado às pesquisas na área da saúde, principalmente de enfermagem, já que são os profissionais dessa área que possuem maior tempo de convívio com o paciente.

Jogos, cartilhas e softwares (contendo vídeos, figuras, imagens e som) foram utilizados para facilitar o processo de ensino-aprendizagem entre enfermeiro e cliente, permitindo uma maior apreensão das crianças e das mães acerca dos cuidados a serem dispensados durante o seu tratamento (FONSECA *et al.*, 2011).

A literatura aponta diversos procedimentos metodológicos, empregando tecnologias de educação em saúde para promoção da saúde de recém-nascidos. Foi utilizado um álbum seriado para orientações de mães de RN, submetidos à fototerapia em uma maternidade de grande porte em Fortaleza-CE, contemplando os principais cuidados de enfermagem aos Recém-nascidos em fototerapia (CAMPOS; CARDOSO, 2008).

Da mesma forma, estudo realizado em uma Organização não governamental (ONG), espaço “Vida Feliz” do MISCOM - Movimento Integrado de Saúde Comunitária, Fortaleza-CE, foi usado um álbum seriado abordando ensino em saúde sobre os cuidados com neonatos, contemplando os seguintes tópicos temáticos: o banho, a limpeza do coto umbilical, o que fazer diante das cólicas, limpeza e troca de fralda, aleitamento materno e Caderneta de Vacina do recém-nascido (ROLIM *et al.*, 2016).

Fora preparado um material sobre a Saúde do Coto Umbilical, fundamentada no processo de Enfermagem de avaliar, diagnosticar, planejar, implementar e evoluir, cuja finalidade é servir como instrumento de aplicação sistematizada da prática de enfermagem (LINHARES, 2011). Resultou então no desenvolvimento de uma cartilha educativa para orientar mães para preparar a alta hospitalar de bebês prematuros (FONSECA *et al.*, 2004).

Salienta-se as tecnologias para promoção da saúde materno-infantil, pautadas na autoeficácia, pois além de fornecer informações importantes sobre práticas de cuidados, é reforçada a confiança que as mães possuem em si mesmas, principalmente no momento em que forem prestar os devidos cuidados com seus filhos.

Um álbum seriado, “Eu posso amamentar meu filho”, foi desenvolvido com base na versão traduzida da *Breastfeeding Self-Efficacy Scale – Short Form* para orientar as mães a respeito do aleitamento materno, ao mesmo tempo em que promove sua autoeficácia para essa prática (DODT, 2012). Já Sabino (2016) desenvolveu uma cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil, com o título “Você é capaz de prevenir a diarreia no seu filho!”.

Por fim, um vídeo foi desenvolvido por Joventino (2013a), para promover a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil “Diarreia infantil: você é capaz de prevenir”, como tecnologia a ser utilizada para o aumento da autoeficácia materna. O citado vídeo ao ser implementado como estratégia educativa para a prevenção da diarreia, foi constatado que o mesmo aumentou os níveis de autoeficácia, logo após três meses que a intervenção tenha sido realizada (JOVENTINO, 2013a).

Devido a sua versatilidade e aplicabilidade, o vídeo educativo tem sido utilizado por enfermeiros como estratégia eficaz para promoção da saúde. Contemplado na Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira, este conceito de promover saúde indica uma diversidade de ações possíveis para preservar e aumentar o potencial individual e social de escolha de diversas formas de vida saudáveis. Em seu âmbito, reforça dois caminhos a serem perseguidos. O primeiro, pela busca da integralidade do cuidado e o segundo, na construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial (BRASIL, 2015). Portanto, o vídeo educativo pode ser considerado uma estratégia de promoção da saúde que influenciará os cuidados à saúde do recém-nascido, de modo que, este seja desenvolvido de uma forma segura.

Assim, o vídeo merece destaque como uma tecnologia dura que pode ser utilizada nas atenções primária, secundária e terciária. Ao utilizar o recurso audiovisual, o enfermeiro oferece ao público uma base sólida de conhecimentos para que ele compreenda melhor as informações, tenha a capacidade de formar uma opinião crítica sobre determinado tema e anseie transformar o ambiente em que está inserido, visando uma melhor qualidade de vida e satisfação pessoal (RODRIGUES JR *et al.*, 2017).

Na área da saúde, existem diversos tipos de vídeo, contudo, dois merecem destaque: vídeos de campanha e vídeos de intervenção social. Os vídeos de campanhas, com duração de

até um minuto e com elemento persuasivo destacado, têm apresentações repetidas na mídia, sobretudo, na televisão. Enquanto que os vídeos de intervenção têm local próprio para exibição, sendo destinados para grupos sociais específicos, com duração de 15 a 20 minutos em média. Estes últimos são produzidos, por exemplo, com base em programas de saúde, para comunidades onde se desenvolvem ações de proteção e promoção da saúde. Os vídeos de intervenção social são utilizados para sensibilizar um grupo social a mudar determinados comportamentos frente a um problema de saúde (MORAES, 2008).

Nesse sentido, foi realizada uma busca na Biblioteca Virtual em Saúde e base de dados PubMed, utilizando os descritores controlados Recém-nascido/ newborn and Recursos Audiovisuais/ Audiovisual AND Autoeficácia/ Self-efficacy, entretanto, não foram encontrados publicações que abordassem vídeos com a presente proposta.

Dessa maneira, entende-se que a autoeficácia é capaz de elevar a chance de os indivíduos colocarem em prática os conhecimentos aprendidos em prol da promoção da saúde. Além disso, sabe-se que a autoeficácia é capaz de estimular as quatro fontes para elevar a autoeficácia dos indivíduos (JOVENTINO, 2013d). Desse modo, tornou-se premente a elaboração de uma tecnologia audiovisual capaz de auxiliar os enfermeiros na realização de estratégias de educação em saúde capazes de melhorar a autoeficácia de mães e familiares no que concerne aos cuidados com os recém-nascidos, haja vista tratar-se da faixa etária de maior representatividade nas taxas de mortalidade infantil no Brasil, nos demais países lusófonos e mundo.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Desenvolver um vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Sintetizar achados e recomendações da literatura acerca dos cuidados com os recém-nascidos;
- Descrever os conhecimentos e principais dúvidas das mães e famílias sobre os cuidados ao RN;
- Validar o conteúdo e as características técnicas do roteiro do referido vídeo educativo com juízes;
- Validar a aparência do referido vídeo educativo junto ao público-alvo.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo multimétodos, tendo em vista que duas pesquisas são conduzidas, cada uma completa em si mesma, para abordar perguntas de pesquisa e/ou hipóteses, um tópico ou um programa, combinando métodos quantitativos e/ou qualitativos, com implementação sequencial dos mesmos (MARTHA; SOUSA; MENDES, 2007).

Desse modo, o estudo foi desenvolvido em três fases, sendo as duas primeiras para a seleção do conteúdo a ser abordado no vídeo. A primeira consistiu em uma revisão narrativa sobre os principais cuidados a serem dispensados aos recém-nascidos presentes em documentos oficiais do Ministério da Saúde e periódicos; a segunda tratou-se de uma fase descritiva, exploratória e qualitativa para que se conheçam as demandas de conhecimentos das mães e familiares acerca dos cuidados aos recém-nascidos; e a terceira, um estudo metodológico, que consistiu propriamente na construção e validação do vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos.

A Revisão Narrativa configura-se, portanto, como um tipo de revisão da literatura que reúne achados de estudos desenvolvidos diante de diferentes metodologias, permitindo aos revisores sintetizar resultados sem ferir a filiação epistemológica dos estudos empíricos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O estudo descritivo é muito utilizado em pesquisas na área da saúde, pois é justamente a descrição e a elucidação dos fenômenos, nesse caso o pesquisador que conduz a investigação observa, conta, descreve e classifica os achados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Já a pesquisa segue o raciocínio exploratório por ter como finalidade maiores informações sobre o assunto investigado, orientando a fixação dos objetivos ou descobrindo um novo tipo de enfoque para o assunto (ANDRADE, 2008). Para tanto, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, trabalhando com significados, motivos, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não devem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

Ademais, o estudo metodológico refere-se à elaboração, validação e avaliação de um instrumento e técnica de pesquisa que possa ser empregado por outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

### **3.2 Primeira fase: Aprofundamento teórico do construto – Revisão Narrativa**

Para esta etapa, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, sendo de suma importância para aquisição de informações que embasarão o conteúdo do vídeo.

A etapa da questão de pesquisa (hipótese da pesquisa) incluiu a identificação do problema de interesse para o propósito da revisão narrativa e a elaboração de uma pergunta norteadora. Com o intuito de direcionar a busca, foi utilizada a seguinte pergunta norteadora: quais são as evidências científicas disponíveis sobre os principais cuidados que devem ser prestados aos recém-nascidos?

A busca foi realizada em publicações da Organização Mundial de Saúde, documentos oficiais do Ministério da Saúde, outros órgãos de interesse e em periódicos. Foram utilizados alguns termos para a busca de documentos oficiais para a revisão narrativa, a saber: cuidados com recém-nascidos; coto umbilical; aleitamento materno; higiene do recém-nascido, sono, imunizações, cuidados com coto umbilical e cólicas.

A busca dos dados ocorreu de novembro de 2017 a fevereiro de 2018. Sendo adotados alguns critérios de inclusão pré-estabelecidos: a) estudos disponíveis eletrônica e gratuitamente; b) estudos disponíveis nos idiomas português, espanhol ou inglês; c) estudos completos que abordassem o tema proposto neste estudo e; d) estudos que respondessem à questão de pesquisa estabelecida.

Os dados das revisões narrativas foram sintetizados, a partir de leituras, de acordo com sua caracterização e suas categorias temáticas: sono; cólicas; eructar; aleitamento materno; banho de sol; higiene corporal e cuidados com as roupas; troca de fraldas; imunizações, e posteriormente, estes achados foram incluídos na 1ª versão do roteiro do vídeo.

### **3.3 Segunda fase: Delimitação empírica do construto – fase qualitativa**

Na segunda fase foi realizado um estudo descritivo e exploratório, uma vez que a pesquisa exploratória objetiva proporcionar maior proximidade com o problema tornando-o mais claro e conciso para um melhor aprimoramento de ideias. Por meio de levantamento de dados, com abordagem de seus resultados de forma qualitativa. O levantamento de dados caracteriza-se pela interrogação direta dos indivíduos pesquisados com a solicitação de informações a um grupo significativo acerca do problema estudado (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).



A elaboração da sinopse do vídeo educativo por meio de conhecimento empírico consistiu em um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa por se valer da razão discursiva e por estudar fenômenos que, necessariamente, nos remete à interpretação realizada pelo observador (RODRIGUES, 2007).

O desenvolvimento desta etapa ocorreu em janeiro e fevereiro de 2018, no Centro de Saúde do município de Acarape (na sede) e no Centro de Saúde do município de Redenção (na sede).

Algumas mulheres foram contatadas e convidadas a participarem do estudo, sendo os critérios de inclusão: mães de recém-nascidos ou gestantes que estivessem esperando atendimento nos referidos Centros de Saúde. Foi adotado como critério de exclusão mães de recém-nascidos prematuros, uma vez que para este público os cuidados são mais específicos.

Neste momento, foram apresentados os objetivos da pesquisa à mãe/gestante, no momento em que foi feito o convite para participar. As mães que aceitaram foram convidadas para se dirigirem a uma sala reservada, conforme a disponibilidade de espaços das unidades, em um ambiente agradável e tranquilo, sem quaisquer objetos que pudessem desviar a atenção das participantes ou interromper a entrevista, como telefones, por exemplo.

Neste local, os dados foram coletados por meio de entrevista que seguiu um instrumento semiestruturado, abordando as características socioeconômicas e perguntas abertas sobre aspectos relacionados a cuidados ao RN, tais como: sono, higiene (banho, fralda, produtos, coto umbilical), aleitamento materno, imunização (APÊNDICE A). Dessa forma, foi possível uma aproximação com o universo vocabular dessas mães, bem como um entendimento da melhor abordagem e linguagem de cada assunto no vídeo.

As entrevistas foram gravadas, com o consentimento das participantes e com a garantia do anonimato das informações prestadas, tendo em vista que as mesmas foram convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B, e posteriormente, as falas foram transcritas, organizadas pelas similitudes dos significados dos discursos dos sujeitos da pesquisa, considerando o contexto de cada expressão verbal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para tanto, seguiu-se uma Análise de Conteúdo descrita por Bardin (2009), para uma aplicabilidade coerente do método, de acordo com os pressupostos de uma interpretação das mensagens e dos enunciados, o ponto de partida para a análise de conteúdo seguiu mediante a uma organização das falas. As diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos, conforme Bardin: 1. A pré-análise; 2. A exploração do material; e, por fim, 3. O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

### **3.4 Terceira fase: Desenvolvimento do vídeo educativo**

Assim, nesta pesquisa, foi construído um vídeo educativo de intervenção social visando atuar na autoeficácia materna para os cuidados com os recém-nascidos. Para tanto, foi utilizado como referencial metodológico Kindem e Musburger (2005), os quais propõem as seguintes três etapas: pré-produção (sinopse ou *storyline*, argumento, roteiro, *storyboard*), produção e pós-produção.

Conforme Kindem e Musburger (2005), a pré-produção consiste na preparação, planejamento e projeto do vídeo a ser produzido, abrangendo todas as demais atividades que serão realizadas, desde a concepção da ideia inicial até a filmagem.

#### **3.4.1 Pré-Produção: Sinopse ou *storyline***

Foi escrita, inicialmente, uma sinopse ou *storyline* que consiste em um resumo geral do que seria exibido no vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Sabe-se que a pedagogia audiovisual tem como objetivo recuperar, produzir, conservar e reproduzir, por meio do vídeo, o conhecimento real, devendo-se levar em conta tanto o conhecimento científico (conhecimento acadêmico) quanto o conhecimento não formalizado e empírico dos setores populares da sociedade (conhecimento popular) (WOHLGEMUTH, 2005).

Assim, no presente estudo, a sinopse teve um cunho científico, uma vez que foram utilizadas evidências da literatura para embasar as informações abordadas, no entanto, pode-se dizer que também teve um cunho empírico, uma vez que os assuntos abordados no vídeo foram de acordo com a necessidade de conhecimento das próprias mães e famílias que compõem o público prioritário do vídeo, sendo este alcançado por meio das entrevistas.

#### **3.4.2 Pré-Produção: Argumento**

Diante dos dados que emergiram das revisões narrativas, bem como, da fase descritiva e qualitativa, foi elaborada a sinopse do vídeo educativo e, posteriormente, foi preparado o argumento, o qual descreveu, de forma breve, como se desenvolveria as ações evidenciadas nas cenas do vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005).

Tanto na sinopse quanto no argumento, foram considerados os principais cuidados que devem ser prestados aos recém-nascidos, da mesma forma, foram abordados os fatores que, segundo Bandura e Adams (1982), influenciam no desenvolvimento da autoeficácia

(experiências de êxito, experiências vicárias, persuasão verbal e estados fisiológicos). A sinopse e o argumento serviram como base para a elaboração da primeira versão do roteiro do vídeo.

### **3.4.3 Pré-Produção: Roteiro**

O roteiro consiste no detalhamento de tudo o que vai acontecer no vídeo por meio de uma linguagem própria que se destina a orientar a equipe de produção nas filmagens e que divide o vídeo em cenas com o objetivo de informar textualmente o leitor a respeito daquilo que o espectador verá/ouvirá no vídeo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Assim, o roteiro trata-se de um texto escrito, composto por códigos e palavras pouco conhecidas por um leigo, possuindo uma estrutura artística com formato técnico (FIORENTINI; CARNEIRO, 2002).

Para a elaboração do roteiro do vídeo foi buscado auxílio do software Celtx, uma ferramenta em português, com algumas funcionalidades gratuitas, consistindo em uma forma prática de escrever roteiros profissionais. Logo após esta elaboração, a primeira versão do roteiro passou por um processo de validação de conteúdo e validação técnica.

#### **3.4.3.1 Validação do roteiro: População e amostra**

O termo validade significa um tipo especial de acurácia, sendo o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse (HULLEY *et al.*, 2003). Assim, para a validação de conteúdo e técnica fez-se premente que os avaliadores fossem realmente juízes na área de interesse do construto, pois somente assim seriam capazes de avaliar adequadamente a representatividade ou relevância de conteúdo dos itens submetidos à análise.

A validade relacionada ao conteúdo foi baseada em julgamentos de juízes da área de enfermagem, de preferência com experiência nas temáticas: saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, agravos em recém-nascidos e crianças. No que diz respeito à validade técnica, esta consistiu na opinião de juízes da área de comunicação social, de preferência com experiência na produção de vídeos. Os juízes selecionados concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

No que se refere ao número de juízes que devem participar do processo de validação, Pasquali (1998) propõe que pode variar entre seis e vinte sujeitos; Lynn (1986) refere um quantitativo entre três e dez juízes; Fehring (1986) recomenda 25 a 50 especialistas. Além disso, é válido destacar a necessidade de uma quantidade ímpar de juízes, a fim de evitar empate de opiniões (VIANNA, 1982).

Neste estudo, para definição do tamanho amostral, adotou-se a fórmula que considera a proporção final dos sujeitos no tocante a determinada variável dicotômica e a diferença máxima aceitável dessa proporção. Para tanto, utilizou-se a fórmula  $n = Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot (1 - P) / d^2$ , onde  $Z_{\alpha}$  refere-se ao nível de confiança (convencionou-se 95%),  $P$  é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência dos conceitos/cenas ao vídeo e  $d$  é a diferença de proporção considerada aceitável (ARANGO, 2009). O cálculo final foi determinado por  $n = 1,96^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / 0,15^2$  e com isso, obteve-se uma amostra de 22 juízes no total de avaliação do vídeo educativo (juízes de conteúdo e juízes técnicos). Entretanto, optou-se por selecionar 23 juízes, uma vez que, uma quantidade ímpar de juízes (juízes) evita empate de opiniões (VIANNA, 1982).

Deste modo, a amostra de juízes de cada um dos grupos de validação foi definida por meio da amostragem não-probabilística, por conveniência, do tipo rede ou *bola de neve*, a qual, segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001), trata-se de uma estratégia utilizada para localizar amostras difíceis ou impossíveis de serem encontradas de outras maneiras. Assim, na medida que fosse identificado um sujeito que se enquadrasse nos critérios de elegibilidade necessários, foi-lhe solicitado a sugestão de outros possíveis participantes, tratando-se, portanto, de uma amostragem por conveniência (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011).

Para identificação e recrutamento dos juízes de conteúdo, foram utilizados os critérios de Jasper (1994), de forma que o autor aponta que um especialista em determinada área deve 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.

Para a presente pesquisa, foi estipulado que os juízes de conteúdo deveriam atender a pelo menos dois dos critérios descritos por Jasper (1994), para que assim pudessem ser considerados como especialistas na área temática. Desta forma, características específicas referentes a cada um dos requisitos citados foram estabelecidas, de forma que o participante deveria atender a, no mínimo, uma das características instituídas para o requisito em que se enquadra. Destaca-se que esta forma de seleção também foi realizada nos estudos de Mota (2014) e Sabino (2016).

Os Quadros 1 e 2 apresentam o conjunto de requisitos para definição de juízes de conteúdo docentes e assistenciais, respectivamente, conforme recomendações de Jasper (1994), assim como as características referentes a cada requisito elaboradas para o presente estudo e

adotadas para identificar e selecionar os peritos em saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública e agravos em recém-nascidos.

**Quadro 1** - Conjunto de requisitos para definição de juízes docentes de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência do vídeo educativo.

Requisito	Características
Possuir habilidade/conhecimento adquirido (s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos;</li> <li>- Ter experiência docente na área de interesse*;</li> <li>- Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.</li> </ul>
Possuir habilidade/conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*;</li> <li>- Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de interesse*;</li> <li>- Possuir título de mestre, com dissertação em temática relativa à área de interesse*;</li> <li>- Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*;</li> <li>- Possuir título de doutor, com tese em temática relativa à área de interesse*.</li> </ul>

Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*;</li> <li>- Ter autoria em artigo(s) científico(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em periódico(s) classificado(s) pela CAPES;</li> <li>- Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (Mestrado ou Doutorado) com temática(s) relativa(s) à área de interesse*.</li> </ul>
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	- Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*;</li> <li>- 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*.</li> </ul>

\*Área de interesse: saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, agravos em recém-nascidos. Fonte: Adaptado de Sabino (2015).

**Quadro 2** - Conjunto de requisitos para definição de juízes assistenciais de conteúdo proposto por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência do vídeo educativo.

<b>Requisito</b>	<b>Características</b>
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter experiência profissional assistencial junto ao público de crianças e seus cuidadores por um período mínimo de 5 anos;</li> <li>- Ter experiência na realização de atividades individuais e coletivas de promoção à saúde da criança.</li> </ul>
Possuir habilidade/conhecimento especializado(s) que tornam o profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter sido palestrante convidado em evento científico nacional ou internacional da área de interesse*;</li> <li>- Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*;</li> </ul>

uma autoridade do assunto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*;</li> <li>- Participação em mesas redondas de eventos científicos da área de interesse*;</li> </ul>
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter experiência no desenvolvimento de pesquisas científicas na área de interesse*;</li> <li>- Ter autoria em resumo(s) científico(s) com temáticas relativas à área de interesse* em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is);</li> <li>- Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalhos(s) acadêmicos(s) de Graduação com temática(s) relativas(s) à área de interesse*.</li> </ul>
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.</li> </ul>
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*;</li> <li>- 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*.</li> </ul>

\*Área de interesse: saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, agravos em recém-nascidos e crianças. Fonte: Adaptado de Sabino (2015).

Os juízes técnicos que foram selecionados para o estudo também realizaram a validação do roteiro. A seleção dos juízes técnicos ocorreu por meio de amostragem de rede ou bola de neve. Os juízes que se enquadravam nos critérios de Jasper estabelecidos indicaram outros profissionais para participarem da pesquisa.

Os critérios avaliados para participar do estudo estão elencados no Quadro 3 e igualmente seguiram os requisitos de Jasper (1994). Para esta fase da escolha dos participantes, estipulou-se que os profissionais deveriam atender a dois requisitos, com pelo menos uma característica em cada um dos requisitos em que se enquadra.

**Quadro 3** - Conjunto de requisitos para definição de juízes técnicos propostos por Jasper (1994) e respectivas características estabelecidas para identificação e seleção dos juízes avaliadores da validade de conteúdo e aparência do vídeo educativo.

<b>Requisito</b>	<b>Características</b>
Possuir habilidade/conhecimento adquirido(s) pela experiência.	- Ter experiência profissional com vídeo educativo por um período mínimo de 5 anos;
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*; Possuir título de especialista, com trabalho de conclusão de curso em temática relativa à área de interesse*; - Ter orientado trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(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 experiência como avaliador de vídeo educativo; - Ter autoria em resumo(s) científico(s) com temáticas relativas à área de interesse*, em congresso(s) nacional(is) ou internacional(is); - Participação em banca(s) avaliadora(s) de trabalho(s) acadêmico(s) de Graduação com temática(s) relativa(s) à área de interesse*.
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	- Ser profissional titulado pela Sociedade Brasileira de Design da Informação.
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	- Ter recebido de instituição científica conhecida, homenagem/menção honrosa de reconhecimento como autoridade na área de interesse*;



	<p>- 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*.</p>
--	---

\* Área de interesse: vídeo educativo e/ou outra mídia. Fonte: Sabino (2015) adaptado.

### 3.4.3.2 Validação do roteiro: conteúdo e técnica

Aos juízes que preencheram os critérios de elegibilidade, respeitando aos requisitos mínimos propostos por Jasper (1994), foi enviada uma Carta Convite (APÊNDICE C), via e-mail, correio postal ou pessoalmente, explicitando os objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem da mesma. Após aceitação, os juízes de conteúdo do vídeo receberam além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (APÊNDICE D), receberam ainda um instrumento de análise do roteiro (ANEXO A); e um questionário de caracterização relacionado à sua qualificação e trajetória profissional (ANEXO B), o qual foi utilizado por Joventino (2010d).

Enquanto que os juízes da área da comunicação social receberam uma carta-convite para participarem da pesquisa (APÊNDICE C), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), um questionário de caracterização relacionado à sua qualificação e trajetória profissional, adaptado de Joventino (2013d) (ANEXO C) e o instrumento de análise do roteiro para análise técnica (ANEXO D).

Ressalta-se que foi disponibilizado aos juízes, inicialmente, um período de dez a quinze dias para responder à avaliação do roteiro, entretanto, foram concedidos uma média de 50 dias, devido à dificuldade na obtenção de retorno por parte dos mesmos.

No questionário de caracterização dos juízes foram abordadas informações sobre a vivência acadêmica e profissional, bem como experiência com a temática estudada (JOVENTINO, 2013a).

Para auxiliar no preenchimento adequado, os juízes receberam instruções quanto aos critérios que precisavam ser analisados: clareza da linguagem, pertinência prática e relevância teórica. As respostas foram avaliadas segundo o grau de concordância com os critérios, de forma que 1 representava “pouquíssima”; 2 representava “pouca”; 3, “média”; 4, “muita” e 5 representava “muitíssima”.

As variáveis julgadas pelos analistas do conteúdo e dos aspectos técnicos foram baseadas no estudo de validação de tecnologia educativa de Lopes (2001), na planilha para

avaliação de roteiro de Comparato (2009), disponibilizada para uso livre, conforme realizado por Anjos (2011).

Assim, as variáveis avaliadas pelos analistas de conteúdo foram: conceito da ideia; objetivos; construção dramática (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final); ritmo (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena); personagens (motivação, credibilidade, interação); potencial dramático, diálogos (tempo dramático), estilo visual (estética), público referente, relevância, estimativa de produção e resultado final da análise (ANEXO A).

Enquanto que os analistas técnicos avaliaram: conceito da ideia; construção dramática (abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final); ritmo (evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena); personagens (motivação, credibilidade, interação); potencial dramático, diálogos (tempo dramático), estilo visual (estética), público referente, estimativa de produção, funcionalidade, usabilidade, eficiência e resultado final da análise (ANEXO D).

Os formulários estruturados de avaliação do conteúdo e da técnica do roteiro possuíram quesitos a serem respondidos com SIM ou NÃO nos subitens, e com níveis de avaliação para cada item, como: Excelente (E); Muito Bom (MB); Bom (B); Regular (R); Pobre (P). Além de espaços para comentários gerais em cada item.

Ao final, os juízes receberam uma declaração de participação do estudo na condição de juiz especialista na temática de saúde da criança e neonatal e/ou de tecnologias em saúde.

Após a apreciação da primeira versão do roteiro pelos juízes da área da saúde e comunicação, suas contribuições foram analisadas, embasando modificações no roteiro do vídeo, de modo que se obteve, posteriormente a esta etapa, a versão final do roteiro.

### **3.4.3.3 Validação do roteiro: Análise dos dados**

Os dados obtidos por meio dos instrumentos de análise do roteiro foram digitados em um banco de dados do sistema *Excel for Windows* e processados no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos), versão 22. Sendo analisadas individualmente todas as alterações sugeridas por cada juiz, no qual foi levado em consideração também os níveis de avaliação que se sobressaírem em cada item, como: Excelente (E); Muito Bom (MB); Bom (B); Regular (R); Pobre (P).

Dessa forma, a análise da validade de conteúdo do vídeo educativo deu-se por meio do 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 4 Muito bom e 5 Excelente, por

todos os juízes) e o I CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006). O IVC varia de -1 a 1 e considera-se válido o item cuja concordância entre os juízes seja igual ou maior que 0,80 (NORWOOD, 2006). Ressalta-se, desta forma, que 0,8 é o valor mínimo como critério de decisão de permanência do item avaliado. Assim, essa informação não significa afirmar que os especialistas concederam os mesmos escores em suas avaliações, mas sim que houve relativa harmonia entre os escores de um especialista em relação aos dos demais (ORÍÁ, 2008).

#### **3.4.4 Pré-Produção: *Storyboard***

Após a validação do roteiro, foi originada uma versão final do roteiro, que orientou o desenvolvimento do *storyboard*. Segundo Kindem e Musburger (2005), *storyboard* é a representação das cenas do roteiro em forma de desenhos sequenciais, semelhantes a uma história em quadrinhos. Tem o objetivo de tornar mais fácil para a equipe de produção, a visualização das cenas antes que sejam gravadas. Para tanto, contou-se com o apoio de um especialista em desenho. O tempo necessário para gravação, bem como o número e tipos de personagens e o ambiente onde as cenas serão gravadas foram definidos após elaboração e avaliação do roteiro do vídeo. O passo seguinte às etapas de pré-produção será a produção do vídeo educativo, momento no qual serão realizadas as filmagens das cenas que comporão o mesmo.

#### **3.4.5 Produção do Vídeo Educativo**

As cenas foram filmadas no laboratório de saúde materno-infantil da própria Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), contando-se com o apoio de atores que possuíam não apenas habilidade com artes cênicas, mas também aproximação com a ciência. Optou-se que os cuidados filmados fossem realmente realizados em crianças recém-nascidas, para aproximar ao máximo o vídeo da realidade do público-alvo.

Salienta-se ainda que contou-se com o apoio técnico de uma produtora especializada em tecnologia audiovisuais e comunicação para realizar a filmagem e manusear os equipamentos necessários para a gravação do vídeo.

As filmagens foram realizadas em tomadas, isto é, intervalos de tempo entre o início e o término de cada gravação. Cada cena, portanto, foi formada por um conjunto de tomadas, e, conseqüentemente, o vídeo foi composto por um conjunto de cenas (BARBOSA, 2008).

Ressalta-se que foram realizados dois ensaios anteriores ao dia de gravação com os atores que compuseram o elenco do vídeo, para tanto o roteiro lhes foi entregue em tempo hábil para a familiarização com os papéis. Após considerar que todos os atores possuíam domínio sobre o desempenho de seus papéis, foram agendados os dias para as filmagens.

Adiante da conclusão das filmagens, seguiu-se a pós-produção do vídeo.

### **3.4.6 Pós-produção do vídeo educativo**

A pós-produção, última etapa de elaboração do mesmo, é o momento em que se faz a edição e a organização das tomadas gravadas para composição das cenas e do vídeo como um todo (KINDEM; MUSBURGER, 2005). Em todas as etapas (pré-produção, produção do vídeo e pós-produção), contou-se com o auxílio de um técnico em comunicação experiente em desenvolvimento de vídeos.

### **3.4.7 Validação do Vídeo com o Público-Alvo**

Concretizadas as possíveis modificações e edições na etapa de pós-produção, procedeu-se a validação de aparência com a população visto que a avaliação realizada pelo público-alvo confere maior confiança à tecnologia educativa construída, de modo que se verifica se está compreensível para as pessoas às quais a mesma se destina.

Para tanto, foram convidados a participar dessa fase: mães de recém-nascidos, gestantes ou familiares de recém-nascidos que estivessem esperando atendimento no Centro de Saúde de Acarape (na sede) e no Centro de Saúde de Redenção (na sede).

A amostra foi não-probabilística por conveniência e seguiram-se as recomendações de Fehring (1986), no que concerne ao tamanho amostral, ou seja, um número de 25 a 50 sujeitos para a validação de tecnologias/instrumentos. Ressaltando a importância de se obter um número ímpar de sujeitos para evitar empates nas respostas (NASCIMENTO *et al.*, 2015).

Assim, as mães, gestantes ou familiares de recém-nascidos que estivessem aguardando atendimento foram convidados para participar da pesquisa, consistindo em uma amostragem não probabilística por conveniência. Os sujeitos que aceitaram participar foram

direcionados para um local reservado onde foram explicados os objetivos da pesquisa, aplicado o TCLE (APÊNDICE E) em duas vias. Em seguida, procedeu-se com a reprodução do vídeo educativo, de forma individual, e ao término foi aplicado um instrumento para avaliar a compreensão que as mesmas tiveram acerca do vídeo.

O instrumento utilizado para validação junto à população-alvo (APÊNDICE F) corresponde a um formulário construído e validado por Nascimento *et al.* (2015), o qual foi adaptado de Doak; Doak; Root (1996) e Negretto (2011), contemplando os seguintes domínios: compreensão, atratividade, autoeficácia, aceitabilidade cultural e persuasão do material educativo. Ainda neste formulário, havia um *checklist* para avaliação quanto à clareza, à relevância e ao grau de relevância das cenas do vídeo educativo, contendo também um espaço destinado para sugestões (DODT, 2011), além da caracterização sociodemográfica dos participantes (JOVENTINO *et al.*, 2013c).

Os dados obtidos foram digitados e organizados no programa Excel 2013, 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 do vídeo educativo relacionado ao grau de relevância de cada cena, as opções de resposta variavam de 1 (irrelevante) a 4 (muito relevante), sendo utilizado 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 participantes) e o I CVI (validade de conteúdo dos itens individuais) (POLIT; BECK, 2006). O IVC varia de -1 a 1 e considera-se válido o item cuja concordância entre os participantes seja igual ou maior que 0,80 (NORWOOD, 2006). Ressalta-se, desta forma, que 0,8 é o valor mínimo como critério de decisão de permanência do item avaliado (ORÍÁ, 2008).

Após aplicação do vídeo com a população-alvo, foram analisadas as sugestões e realizado novo contato com o profissional responsável pela edição das cenas do vídeo, para que os ajustes necessários fossem realizados.

### **3.5 Aspectos éticos da pesquisa**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, sob parecer 2.522.818. Assim, foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução Nº 466/12, ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido de todos os participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato; a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação (BRASIL, 2013). O estudo não fez distinção de credo, etnia e/ou estigma social na seleção dos participantes recrutados.

Os riscos referentes à participação no estudo quanto aos juízes de conteúdo e técnicos foram referentes ao inconveniente do tempo demandado dedicado à apreciação do roteiro e do vídeo. Já com relação aos riscos que o estudo trouxe às mães ou gestantes que participaram da fase qualitativa e da fase de validação foram relacionados a questões pessoais e sentimentais, por poderem se sentir constrangidas, ou até fragilizadas quando foram indagadas sobre os seus conhecimentos prévios sobre os cuidados com os recém-nascidos. Entretanto, para minimizar esse fator, as próprias orientações sobre os tais cuidados foram utilizadas.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 Primeira fase: Aprofundamento teórico do construto – Revisão Narrativa

#### 4.1.1 Sono

Os bebês não têm ciclos de sono regulares até cerca de seis meses de idade. Enquanto os recém-nascidos dormem cerca de 16 a 17 horas por dia, eles só podem dormir 1 ou 2 horas de cada vez. À medida que os bebês envelhecem, eles precisam de menos sono. No entanto, diferentes bebês têm diferentes necessidades de sono. É normal que uma criança de 6 meses acorde durante a noite, mas volte a dormir depois de alguns minutos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2016).

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (2016), o recém-nascido passa pelas seguintes fases do sono:

**Estágio 1:** sonolência, em que o bebê começa a adormecer.

**Estágio 2:** sono REM (também conhecido como *sono ativo*), no qual o bebê pode se contrair ou balançar os braços ou as pernas, e seus olhos se movem sob suas pálpebras fechadas. A respiração é frequentemente irregular e pode parar por 5 a 10 segundos - uma condição chamada “respiração periódica normal da infância” - então comece novamente com um estourar de respiração rápida com uma taxa de 50 a 60 respirações por minuto por 10 a 15 segundos, seguido de regular respiração até o ciclo se repetir. A cor da pele do bebê não muda com as pausas na respiração e não há motivo de preocupação (em contraste com a apneia). Os bebês geralmente superam a respiração periódica até meados do primeiro ano.

**Estágio 3:** sono leve, em que a respiração torna-se mais regular e o sono fica menos ativo.

**Etapas 4 e 5:** sono profundo não REM (também conhecido como “sono silencioso”). Os movimentos cessam e o bebê cai no sono, que se torna progressivamente mais profundo. Durante esses estágios, o bebê pode ser mais difícil de acordar.

No que tange à qualidade do sono do recém-nascido, o Ministério da Saúde preconiza que os bebês permaneçam dormindo no berço de barriga para cima, posição supina.

Prevenindo, dessa forma, a Síndrome da Morte Súbita (*Sudden Infant Death Syndrom - SIDS*), ou seja, o óbito inesperado de crianças com menos de um ano de vida. Essa posição reduz em até 70% o risco desse tipo de óbito (BRASIL, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

As mães, pais e familiares devem ser orientados sobre processo de sono e repouso do neonato, pois a Síndrome da Morte Súbita do lactente é uma condição relacionada à posição lateral para dormir do RN. Devido a campanhas em diversos países, esta problemática teve uma redução significativa da mortalidade neonatal, pois houve a orientação da posição correta para o bebê dormir (posição supina). No entanto, ainda é observado o uso do decúbito lateral, pois há um receio dos pais e profissionais de saúde de maiores riscos de aspiração em posição supina, mas está comprovado que o decúbito dorsal não aumenta as aspirações pelos bebês, devendo-se ainda evitar uso de travesseiros (BRASIL, 2012b).

A Academia Americana de Pediatria (2016), também orienta sobre não usar colchões macios, nem travesseiros ou outro objeto que possa servir para sufocamento do recém-nascido. O uso da chupeta foi associado à um menor risco de SIDS. Também são orientados o compartilhamento de quarto, contudo o não compartilhamento de cama (MOON *et al.*, 2017).

Sabe-se que os padrões de sono entre os recém-nascidos variam, sendo recomendado adotar alguns cuidados para que possam minimizar complicações e promover um bom sono. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2016) faz as seguintes recomendações:

- Assim como o aleitamento materno deve ser de livre demanda, o sono do recém-nascido também deve adotar essa orientação. Pois à medida que a criança vai amadurecendo, as horas de sono vão diminuindo. No início, o bebê dorme de 18 a 20 horas por dia. Esse sono é primordial para seu desenvolvimento, principalmente, para sua memória.
- Com o tempo, deve ser criada uma rotina de sono para criança. É importante que o ambiente se mantenha calmo e arejado.
- Não colocar objetos dentro do berço tais como, brinquedos, colchas ou qualquer outro objeto que possa contribuir com o sufocamento.
- Caso o recém-nascido esteja irritado, deve ser observada a necessidade de alimentá-lo ou trocar a fralda. É importante que ele possa ser tranquilizado antes de ser colocado para dormir. Para isso pode ser utilizado uma massagem ou música antes do sono (SBP, 2016).



Dessa forma, é imperativo estabelecer um ambiente de sono seguro no ambiente hospitalar e em casa para reduzir as mortes relacionadas ao momento do sono. O “ambiente de sono seguro”, segundo a AAP (2016) inclui o sono supino em um colchão coberto com lençóis, amamentação, sem compartilhamento de cama (embora o compartilhamento de quarto com os pais seja encorajado), sem objetos moles no berço, sem roupa de cama solta, uso de chupeta durante o sono (imediatamente para bebês alimentados com mamadeira e após 4 semanas para bebês amamentados, imunizações apropriadas para o bebê e prevenção de superaquecimento.

O bebê não deve ser colocado em aparelhos como balanços ou assentos para dormir em casa ou no hospital. Além disso, o bebê não deve ser colocado em nenhum dispositivo comercialmente disponível, incluindo colchões especializados, dispositivos de posicionamento ou acessórios de posicionamento (AAP, 2011).

Revisão integrativa publicada em 2015 por Patton e colaboradores, mostrou que enfermeiros são os profissionais que mais influenciam nas práticas de sono para pais de recém-nascidos, conforme suas orientações. Dessa forma, esses profissionais precisam buscar as evidências para realizar suas condutas, pois são protagonistas da promoção da saúde.

#### **4.1.2 Banho e higiene**

Uma das questões que gera dúvidas entre as mães é em relação a forma correta de dar o banho no RN e quais produtos usar. O banho em RN, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2013) deve ser realizado após 6 horas a partir do nascimento, a fim de minimizar os riscos de hipotermia. A higienização no banho dos neonatos é realizada principalmente nas regiões da face, pregas cutâneas, pescoço e região íntima, devido ao uso de fraldas. O tempo de banho deve ser por volta de cinco minutos, para não haver danos à pele. Em relação à temperatura da água, deve estar semelhante à temperatura corpórea basal, em torno de 37° a 37,5°. Os produtos de higiene, tais como sabonete e xampu ideais para os bebês devem ser líquidos, neutro, sem perfume e que não cause irritação à pele do RN. Ressalta-se ainda que os lenços umedecidos usados para higiene do bebê possuem em sua composição sabão e o uso prolongado e contínuo pode gerar uma dermatite de contato (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Destaca-se que o sabonete deve ser utilizado em quantidades mínimas. Além disso, deve possuir PH neutro e não possuir perfume. Outros estudos divergem quanto ao uso do sabonete no RN ao afirmarem que esse produto pode aumentar o PH da pele alterando a

proteção fisiológica da pele. Além disso, pode provocar também a dissolução da gordura da superfície da pele. Essa alteração interfere na hidratação e, conseqüentemente, ocasiona o ressecamento e a descamação da pele (FONTENELE; CARDOSO, 2011).

Os estudos pesquisados apresentaram diversos cuidados que devem ser tomados com os recém-nascidos, sobretudo com relação à pele. Haja vista que o recém-nascido ao nascer apresenta uma epiderme diferenciada com relação a de um adulto, já que possui menos camadas e conseqüentemente a proteção da pele não é tão eficaz, podendo trazer danos e levar a um aumento de riscos de infecções e irritações (FONTENELE; PAGLIUCA; CARDOSO, 2012; SILVA; MOURA, 2015).

Após o nascimento, a pele é submetida a uma adaptação ao meio extrauterino. Por ser uma pele sensível, requer cuidados específicos para manter a saúde do RN. Pelo fato de o pH do neonato ser neutro, as chances de infecções microbianas e a tendência a uma rápida perda hídrica são mais elevadas. Além disso, a taxa de camada lipídica protetora é menor por uma atividade diminuída das glândulas sebáceas, o que requer o máximo de cuidado possível para não haver a degradação dessa camada protetora, especialmente por meios químicos, sendo sensível à ação de agentes externos como ácaros, bactérias, acúmulo de fezes e urina na fralda, entre outros (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

O uso de produtos na pele do RN requer cuidados quanto à composição. Produtos como a clorexedine puro a 0,5% é considerado um produto higiênico seguro quando não associado ao álcool. Produtos com tetracaína em gel em sua composição podem causar dermatite de contato em neonatos pré-termos, assim como substâncias com parabenos, corantes e perfumes. Em contrapartida, aponta-se que produtos emolientes como óleo de girassol podem auxiliar no combate de infecções, previne de lesões ou pode promover dermatite de contato (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011).

Os cuidados com a pele se iniciam logo após o nascimento. Um dos primeiros cuidados que se deve ter é secar a pele, imediatamente, evitando, dessa forma, a hipotermia. A partir disso, todos os cuidados devem ser feitos para evitar lesões na pele do RN. Além disso, não deve ser usado compostos que possuam hexaclorofeno. O ideal é que os cuidados com a pele do RN consistam em limpeza suave apenas com material neutro não tóxico (BRASIL, 2011).

Alguns estudos citam outros cuidados, tais como: cuidados com a pele durante os procedimentos invasivos, cuidado com o banho, cuidados com cordão umbilical, prevenção de infecções e lesões de pele e cuidados com os emolientes (ADRIANO; FREIRE; PINTO, 2009; ARAÚJO *et al.*, 2012).

O primeiro banho do RN a termo deve ser feito apenas com água morna, permitindo com que o vernix seja absorvido de forma natural. Atualmente, não é recomendado que ele seja removido. O vernix atua como barreira epidérmica oferecendo proteção (DYER, 2013).

Apesar do vídeo educativo ser relacionado a cuidados com RN a termo, ressalta-se que algumas informações devem ser levadas em consideração no momento do banho nos Recém-nascidos prematuros, pois de acordo com a sua imaturidade, ele não pode ser banhado todos os dias e os prematuros com peso de até 1500g deve ser banhado em dias alternados. Com o decorrer do seu amadurecimento, ele passa a ser banhado todos os dias. Assim, quanto ao cronograma do banho em bebês prematuros deve ter como base a condição fisiológica e estado comportamental da criança (LIAW *et al*, 2006; JABRAEILI *et al*, 2015).

De modo geral, algumas orientações podem ser adotadas no momento do banho, conforme Fonseca; Scochi (2009) e Brasil (2016), são elas:

- Para realização do banho, é importante a lavagem das mãos com antecedência. Já em casa, a mãe ou familiar pode sentar-se próximo à banheira e iniciar, com o bebê ainda vestido, lavando suavemente o seu rosto, primeiro a área dos olhos (seguindo a ordem do canto interno do olho para o externo). Lave um lado depois o outro. Não utilize o sabonete. Ao terminar, seque com pano macio.
- Em seguida, faça a limpeza das pregas das orelhas com um pano. E depois atrás delas. Procure, com ajuda de uma das mãos, tampar os ouvidos do bebê e com a outra molhe a cabeça. Lavando com xampu. Em seguida, enxague e seque.
- A partir desse momento retire a roupa do bebê. Caso ele tenha evacuado, limpe o períneo com pano macio úmido, antes de colocá-lo na banheira.
- Tenha cuidado redobrado ao colocá-lo na banheira sempre segurando de forma delicada. O ideal é que a cabeça dele fique apoiada no braço não-dominante para que o braço dominante fique livre para banhá-lo;
- O ambiente do banho deve ser fechado para evitar as correntes de ar;
- A água deve ser aquecida e testada previamente quanto a sua temperatura (FONSECA; SCOCHI, 2009; BRASIL, 2016).

Devido ao fato de a pele do bebê ser muito fina e sensível, a falta de cuidados adequados pode ocasionar o surgimento das dermatites de fraldas, conhecidas como assaduras. Nesse caso, o Ministério da Saúde orienta que no momento da troca das fraldas seja feita uma

limpeza com água morna, secando bem. Ademais, deve-se ter cuidado com o uso do sabonete em demasia, mesmo que seja neutro. Pois esse excesso de uso pode ocasionar a retirada da camada da pele, propiciando o surgimento dessas dermatites (BRASIL, 2014b).

Em relação aos cuidados com a região íntima do bebê, as fraldas devem ser trocadas frequentemente, higienizando o RN apenas com água se ele tiver tido apenas diurese e com sabonete neutro, quando tiver eliminações intestinais (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Visando evitar assaduras no bebê, deve-se secar bem após o banho e não utilizar talcos (GOMES *et al.*, 2015).

Assim, as trocas de fraldas devem ser realizadas frequentemente, impedindo a exposição prolongada da pele da criança à umidade, pois essa situação colabora para a proliferação de microrganismos e infecções, além disso, a higienização da região íntima da criança deve ser realizada com sabonetes neutros (ANDRADE *et al.*, 2012). Devendo-se evitar o uso destes produtos diretamente na pele do RN, preferindo-se aqueles com pouca quantidade de perfume, a fim de minimizar os riscos de reações alérgicas (GOMES *et al.*, 2015).

É importante que a pele seja avaliada com atenção pelo enfermeiro para detectar possíveis fatores de risco para lesões. Nesse aspecto, deve-se analisar o peso de nascimento, idade gestacional e as condições da pele do RN tais como a textura, sinais de hiperemia, ressecamento, bem como outras anormalidades (DAVID & HOCKENBERRY, 2015; TAMEZ, 2013).

Em relação aos cuidados da pele quanto aos procedimentos invasivos, recomenda-se o uso cauteloso dos antissépticos, tais como álcool a 70% e clorexidina. Entretanto, após o procedimento, deve-se realizar uma limpeza da pele com água para que não ocorra absorção e, conseqüentemente, alguma injúria (DAVID & HOCKENBERRY, 2014).

A lavagem das roupas do RN deve ser realizada com sabão neutro, como o sabão de coco, evitando-se o uso exagerado de produtos como o sabão em pó e amaciantes, pois devido às propriedades químicas desses produtos, incorporam-se ao tecido das roupas e podem desencadear processos alérgicos na criança. Ademais, as roupas do RN devem ser lavadas separadas das roupas dos seus familiares, secadas ao sol e passadas a ferro, a fim de destruir microrganismos (ANDRADE *et al.*, 2012).

A higienização oral também é um aspecto importante para a saúde do RN, devendo iniciar logo após o nascimento do bebê, por meio de uma gaze ou fralda umedecida em água limpa (potável), para remoção de restos de leite materno, no mínimo uma vez ao dia e de preferência no período noturno (ANDRADE *et al.*, 2012), prevenindo futuras infecções bucais (GOMES *et al.*, 2015).

### 4.1.3 Coto umbilical

Em populações com altas taxas de mortalidade neonatal, as infecções respondem por, aproximadamente, metade de todas as mortes de RN. A infecção do coto do cordão, chamada onfalite, é uma causa significativa de mortalidade e morbidade nos países em desenvolvimento (IMDAD *et al.*, 2013).

Complicações múltiplas podem ocorrer a partir da colonização bacteriana e infecção do cordão umbilical, devido ao seu acesso direto à corrente sanguínea. Essas complicações incluem o desenvolvimento de abscessos intra-abdominais, celulite periumbilical, tromboflebite no portal e/ou veias umbilicais, peritonite e isquemia intestinal.

A onfalite neonatal pode apresentar 4 graus de gravidade: (1) funisite / descarga umbilical (um cordão aparentemente não saudável com secreção purulenta e malcheirosa), (2) onfalite com celulite da parede abdominal (eritema periumbilical e sensibilidade além de uma aparência não saudável cordão) (3) onfalite com sinais sistêmicos de infecção e (4) onfalite com fascíte necrosante (necrose umbilical com equimose periumbilical, crepitação, bolhas e evidência de envolvimento da fáscia superficial e profunda; frequentemente associada a sinais e sintomas de sepse esmagadora e choque) (STEWART *et al.*, 2016).

Estudo realizado na cidade de Alfenas em Minas Gerais, sobre os sentimentos de primíparas e os cuidados com o RN, revelou dúvidas e insegurança na higienização do cordão umbilical, mas sem relato de credices populares de cura com remédios naturais, e que as primigestas realizavam a assepsia do local, evitando complicações até a queda do coto umbilical (PEREIRA *et al.*, 2012).

Essa higienização pode ser realizada com clorexedine tópica à 4% regularmente nos primeiros dez dias, minimizando os riscos de infecções (FERNANDES; MACHADO; OLIVEIRA, 2011). Podem ser utilizadas soluções antissépticas (álcool a 70% ou cloroxidina aquosa a 7,1% ou gel de digluconato de clorexidina, com 4% de clorexidina) frequentemente após a lavagem das mãos (WHO, 2014). Além da higienização já citada, o Ministério da Saúde também informa que pode ser utilizado tanto a clorexidina quanto o álcool a 70%.

O Ministério da Saúde orienta ainda, sobre a importância de a mãe lavar as mãos antes de higienizar o coto umbilical e secar a região com uma gaze (ANDRADE *et al.*, 2012).

É necessário que seja realizada limpeza diária durante a primeira semana de vida para recém-nascidos que nasceram em cenários com alta mortalidade neonatal.

Além disso, é desaconselhado o uso de alguma cobertura permitindo, dessa forma, que o coto umbilical permaneça limpo e seco (LINHARES, 2011; WHO, 2014; BRASIL, 2011). Não se deve utilizar o iodo-povidona frequentemente devido aos riscos de toxicidade ao RN. O Ministério da Saúde orienta ainda que esta limpeza deve ser realizada pelo menos 3 vezes ao dia (BRASIL, 2014a).

#### **4.1.4 Aleitamento materno**

No que tange ao aleitamento materno, percebe-se que, apesar da melhoria das taxas de amamentação no Brasil, o recomendado ainda está distante do que é considerado ideal, principalmente, em relação ao aleitamento materno exclusivo (BRASIL, 2009).

Um aspecto relevante a ser reforçado com mães e familiares é relacionado à amamentação, pois trata-se de uma ação de suma importância para o RN nos primeiros seis meses de vida. Entretanto, algumas mães relatam um sentimento de insegurança e dificuldade de amamentar podendo induzi-las a desistir desta prática precocemente e a oferecer outra alimentação para o RN (SPEHA; SEIDL, 2013).

Dessa forma, é fundamental o papel da enfermagem, para sensibilizar a mãe a realizar o aleitamento materno, bem como apresentando outras informações sobre cuidados e segurança para tal ação, com o banho, para que o mamilo esteja higienizado, lavagem das mãos com produtos detergentes e água, optar pela posição mais confortável para o RN e que o desconforto inicial é normal, sendo necessário o uso de técnicas para evitar traumas no mamilo areolar da mãe e para que o bebê possa realizar a correta sucção do leite (GURGEL; OLIVEIRA; SHERLOCK, 2009).

Nesse âmbito, o profissional de enfermagem tem papel importante ao buscar entender o contexto familiar, identificar as situações de risco e promover ações que estimule o aleitamento materno.

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou caderno de atenção básica com intuito de contribuir e incentivar o profissional de saúde a reverter a atual situação do aleitamento materno no Brasil. Trouxe diversas orientações/cuidados para promover o aleitamento materno, entre elas:

- Permitir que a criança tenha uma amamentação em livre demanda;
- O tempo de cada mamada não necessita ser fixado, haja vista que o tempo de esvaziamento de cada mama sofre variação;

- Água, chás e outros líquidos são desnecessários no período de aleitamento materno exclusivo;
- Observar a posição correta na qual a mãe-bebê estejam confortáveis;
- Observar a pega adequada (BRASIL, 2009).

A técnica correta para uma amamentação sem traumas na região do mamilo da mãe deve considerar fatores como a face do bebê estar defronte à mama da mãe, com o nariz na altura do mamilo areolar, corpo próximo da mãe, retilíneo, assim como a cabeça, bem sustentados. A cavidade bucal deve estar bem aberta e abarcar a aréola do mamilo, com o lábio inferior dirigido para fora, queixo próximo ao seio materno e cavidades nasais livres (GOMES *et al.*, 2015). Quando a mãe possui dúvidas em relação ao início do aleitamento materno, a falta de acesso a corretas informações e a falta de incentivo, despertam na mãe inseguranças ao efetuar o cuidado com o seu bebê (VARGAS *et al.*, 2016).

Além disso, recomenda-se a ordenha com objetivo de aliviar possíveis desconfortos devido à mama muito cheia, bem como estimular a produção de leite quando o bebê não suga ou tem sucção inadequada. Ademais, é importante que seja evitado o uso de sabonetes e hidratantes no mamilo para que não favoreçam o surgimento de fissuras (BRASIL, 2011).

Outro cuidado em que as puérperas sentem dificuldade é identificar quando a criança está com fome. O choro para as mães é um sinal que a criança está com fome, no entanto, nem sempre este será um indicativo de que a criança precisa ser alimentada, mas de outros desconfortos que o RN pode estar sentindo. Contudo, o horário correto para amamentar um bebê pode ser percebido quando ele apresenta uma elevação da mobilidade dos olhos fechados, abrindo a boca, colocando a língua para o meio externo e procurando a mama da mãe, realiza movimentos de sucção, ruídos suaves, morder ou chupar os dedos, cobertor ou algum objeto próximo, sendo percebidos empiricamente pelas mães e demonstrando que a criança pode estar com fome (VARGAS *et al.*, 2016).

Já os sinais de saciedade são percebidos pela mãe quando a criança acalma-se, o choro para e ela adormece. Em um estudo acerca da identificação dos sinais de fome do bebê pelas puérperas, as mães apontam como sinais de saciedade da criança quando esta se acalma, dorme, não efetuando mais a sucção do leite ou retirando a mama da boca, sinais estes que foram incorporados pelos familiares ou pela sociedade (VARGAS *et al.*, 2016).

#### **4.1.5 Banho de sol**

A icterícia neonatal é a coloração amarelada da cor da pele e da esclera em um recém-nascido. Esta é notada pela primeira vez na face e, quando o nível de bilirrubina aumenta, ele prossegue para o corpo e depois para as extremidades. Essa condição é comum em 50% a 60% dos recém-nascidos na primeira semana de vida (ULLAH; RAHMAN; HEDAYATI, 2016).

A visualização da icterícia depende da experiência do profissional, da pigmentação da pele do RN e da luminosidade, sendo subestimada em peles pigmentadas e em ambientes muito claros, e prejudicada em locais com pouca luz. Todo RN icterício ao nível ou abaixo da linha do umbigo deve ter uma verificação na dosagem de bilirrubina sérica ou transcutânea (ULLAH; RAHMAN; HEDAYATI, 2016).

Durante a exposição ao sol, a luz solar leva à isomerização da bilirrubina não-conjugada, que, sendo hidrossolúvel, é eliminada na bile sem a necessidade de conjugação, diminuindo a icterícia (CASTILHO; RACHED, 2010).

Ao penetrar na pele, a radiação provoca a síntese de vitamina D, que, além de importante para o metabolismo do cálcio/fósforo, também interage com receptores das células, alterando suas funções. Assim, sua deficiência pode determinar tanto problema de mineralização óssea quanto o desenvolvimento de tumores e doenças, comprometendo a saúde do indivíduo (CASTILHO; RACHED, 2010).

Através do leite materno, o bebê recebe a vitamina D que permanece inativa até que o RN realize o banho de sol, passando então a produzir e absorver o cálcio necessário para seu crescimento e desenvolvimento.

A frequência e início do banho de sol apresenta controvérsias na literatura, mas o Ministério da Saúde (2012) orienta após alta da maternidade. O banho de sol deve ser realizado diariamente ou no mínimo três vezes por semana, conforme Gomes *et al.* (2015). Entretanto, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, em seu Manual de Nutrologia, a exposição à luz solar deve ter início a partir da segunda semana de vida do bebê, 30 minutos semanais se a criança realiza apenas o uso de fraldas, com exposição de 6 a 8 minutos diários, considerando o banho de sol três vezes na semana, e de cerca de 2 horas semanais se o RN se houver apenas face e mãos expostas, considerando 17 minutos diários (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar ainda que o banho de sol ajuda a pele do bebê a se tornar mais resistente e trata possíveis assaduras (FONSECA; SCOCHI, 2009).

#### **4.1.6 Cólicas**



Em relação a cólica abdominal no recém-nascido, sabe-se que esse incômodo é muito frequente. Ainda não se sabe, exatamente, as causas da cólica no recém-nascido. Diversas teorias são investigadas, tais como: alimentação muito rápida, deglutição excessiva de ar, técnicas inadequadas de amamentação, estresse emocional dos pais assim como o do bebê, intolerância a lactose, entre outras. Entretanto, um consenso foi estabelecido de que a cólica possui causa multifatorial (DAVID & HOCKENBERRY; SBP, 2016).

Girão (2016) assinala que esse quadro é benigno e autolimitado, ou seja, com período determinado, atingindo grande parte das crianças nos primeiros meses. A sintomatologia da cólica engloba atividades motoras contraídas, pernas elevadas, abdômen distendido e excessiva eliminação de gases como as principais manifestações clínicas (RAMOS *et al.*, 2014).

A principal manifestação é o choro inconsolável. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é necessário elucidar as informações para as famílias referentes às diferentes razões relacionadas ao choro do recém-nascido, pois frequentemente este é atribuído à fome ou à cólica. O choro do bebê deve ser entendido como meio de comunicação e é por meio dele que o recém-nascido expressa seus sentimentos, vontades e necessidades.

Assim, caso a mãe esteja amamentando, pode ser recomendada a retirada do leite de vaca e de produtos derivados, ovos, trigo e nozes, da alimentação da mãe. Medidas como realizar a massagem da região abdominal do bebê no sentido horário, mover as pernas no sentido do tronco, colocar compressas secas ou mornas, aproximar o RN da mãe e colocar a região abdominal da mãe junto a do bebê, são capazes de amenizar a dor e reduzir as cólicas (GOMES *et al.*, 2015).

Os autores David&Hockenberry(2014), listam alguns cuidados que podem ser adotadas para aliviar os sintomas, tais como:

- Massagem no abdome do RN;
- Colocar o lactente em decúbito ventral sobre uma bolsa de água quente coberta, ou sobre uma toalha aquecida, ou almofada aquecida coberta;
- Mudança de posição com frequência; caminhar com a criança com o rosto para baixo e com o corpo apoiado no braço do pai/ mãe, com a mão sob o abdome do lactente, aplicando suave pressão.

É importante frisar que o aleitamento materno não deve ser interrompido por conta de cólica no RN. Ademais, recomenda-se não oferecer chás e utilizar medicamentos somente sob orientação médica (SBP, 2017).

#### 4.1.7 Imunizações

A imunização do neonato é um fator de grande importância, pois, somada aos demais cuidados, assegurará a saúde da criança. Assim, um estudo acerca dos conhecimentos dos familiares sobre os RN apontou que a caderneta de vacinação deve estar atualizada, exigindo atenção dos pais e demais cuidadores acerca das datas de vacinação, que normalmente ocorrem quase mensalmente até o RN completar um ano de vida. E apenas 78,6% das mães acompanhadas na pesquisa analisaram as cadernetas dos seus filhos mensalmente, tornando-se um risco de atraso das vacinas (GOMES *et al.*, 2015).

Corroborando com este fato, um estudo sobre a situação vacinal de RN de risco realizado em Cuiabá-MT, também apontou que mesmo as mães afirmando recorrer com mais frequência às Unidades Básicas de Saúde para vacinação, quase metade delas não estavam com a situação vacinal dos seus filhos em dia (LOPES *et al.*, 2013).

A Vacina BCG deve ser administrada o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Para os prematuros com menos de 36 semanas, administrar a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2kg. Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase com menores de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. O Ministério da Saúde lançou uma Nota Informativa Nº 10/2019, recomendando a não revacinação de crianças que não desenvolveram a cicatriz vacinal (BRASIL, 2019).

Para os casos relativos a contatos de portadores de hanseníase com crianças mais de 1 ano de idade sem cicatriz, aconselha-se administrar uma dose da vacina BCG. Na eventualidade de contatos de indivíduos comprovadamente vacinados com a primeira dose, administre outra dose de BCG. Mantenha o intervalo mínimo de 6 meses entre as doses da vacina. Para contatos com duas doses, não se deve administrar nenhuma dose adicional. Na ocasião do exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, caso haja incerteza sobre a existência de cicatriz vacinal, aplique uma dose, independentemente da idade (BRASIL, 2012a).

Para a criança HIV positiva, a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças HIV positivas ainda não vacinadas que chegam aos serviços de saúde, a vacina está contraindicada. Na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV, a vacina está contraindicada em qualquer situação (BRASIL, 2012a).

Já a vacina contra hepatite B (recombinante) deve ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento ou na primeira visita da criança ao serviço de saúde. Para os prematuros com menos de 36 semanas de gestação ou para recém-nascidos a termo de baixo peso (com menos de 2kg), deve-se seguir o esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.

Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, deve-se administrar a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. Deve-se administrar a vacina e a HBIG em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina (BRASIL, 2012a).

#### **4.2 Segunda fase: Delimitação empírica do construto – Fase Qualitativa**

Participaram desta fase do estudo 28 mulheres, sendo que 18 (64,3%) eram gestantes e as demais, mães de RN. A média de idade foi de 25,7 anos, variando entre 13 e 40 anos, considerando que quase 86% das mulheres se encontravam na faixa etária de 18 a 35 anos. No que se refere ao local de moradia, a maioria era do município de Redenção (60,7%). Quanto ao nível de escolaridade, a média de anos estudados foi de 10 anos, variando entre 4 e 15, sendo que, quase a metade (46,4%) não havia finalizado o ensino médio. Esses dados, em especial idade e escolaridade, são importantes no sentido de que são fatores que podem influenciar diretamente os cuidados com o RN, visto que, existe associação comprovada de que um baixo nível de instrução e a gravidez durante a adolescência podem afetar negativamente nos cuidados (FONSECA *et al.*, 2015).

Outra informação relevante é que 19 (67,9%) mulheres eram casadas ou viviam em união consensual, o que confere um fator protetivo para o RN, já que existe a possibilidade de divisão de tarefas e cuidados (FONSECA *et al.*, 2015). Neste caso, isso se torna ainda mais relevante, já que mais de 57% das mulheres exerciam alguma atividade fora do domicílio, quer seja trabalhar ou estudar; com isso alguns cuidados podem ser dificultados, especialmente, a amamentação.

Além disso, outro ponto importante é a situação econômica da família. No caso, a média salarial mensal apresentada foi de aproximadamente 818 reais, variando entre 100 e 2.000 reais. Nesse sentido, quase 80% das famílias viviam com até um salário mínimo vigente no período no Brasil (954 reais). Conforme observado, a renda encontrada foi relativamente

baixa, com média inferior a um salário mínimo, o que pode ser considerado um fator de risco, pois as condições financeiras vão influenciar na provisão de produtos e subsídios para o RN e família (GOMES *et al.*, 2015).

O perfil gestacional foi de cerca de duas gestações por mulher, variando entre uma e quatro. Além disso, 42,9% eram primigestas ou primíparas e para estas, o cuidado ao RN pode parecer mais complicado, em virtude das muitas dúvidas e receios inerentes ao cuidado com o primeiro filho (GOMES *et al.*, 2015; MARINHO; ANDRADE; ABRÃO, 2015).

No que condiz às questões demográficas, apenas uma família (3,6%) residia em casa de taipa, as demais em casas de alvenaria; o piso da moradia era, na metade dos casos, de cerâmica e, na outra, de cimento. O lixo é recolhido regularmente e a água é encanada pela rede pública em 96,4% dos casos; enquanto o tipo de esgoto mais utilizado, em 64,3%, era a fossa séptica.

Para melhor análise das narrativas das gestantes/mães, os resultados foram estratificados em 6 subtemas: sono, higiene, cuidados com o coto umbilical, imunizações, banho de sol e aleitamento materno. Desse modo, vale destacar também que, conforme a ordem de coleta, as falas foram enumeradas de 01 a 28, precedidas pela letra “M”, indicando o termo “mulher”, sendo dispostas da seguinte forma: M01, M02, M03, ..., M28.

#### **4.2.1 Cuidados com o sono do neonato**

A seguir, quando indagadas sobre a posição ideal para o RN dormir, poderemos notar em algumas falas das gestantes/mães a recorrência da informação equivocada de que a posição supina é inadequada.

M11: “Bom, eu sempre coloco ele de ladinho e coloco ele ‘apoiadinho’ no lençol [...] Uso travesseiro também”.

M13: “Eu coloco mais pra dormir de banda ou então emborcada porque evita de subir algum fluxo e se engasgar, né? [...] Só um travesseirinho daqueles fininhos”.

M26: “Falam que no início não deve colocar de barriga [para cima], só isso que eu sei”.

M28: “Botando ele mais de lado ou então para cima, mas com a cabeça para o lado, porque eles podem vomitar, para não entrar dentro do nariz”.

Uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde e das próprias mães dos recém-nascidos é o risco de aspiração relacionado ao posicionamento que a criança dorme. Nesse sentido, tem-se associado a posição prona (decúbito ventral) à elevação da incidência de casos de síndrome da morte súbita, possivelmente, devido à fadiga diafragmática, reinalação de

CO<sub>2</sub>, redução do tônus vasomotor, modificação do padrão de sono, obstrução das vias aéreas superiores, apneia e/ou superaquecimento. A posição lateralizada assume o risco do RN rolar e ficar na posição prona. Desse modo, a única posição indicada pelo Ministério da Saúde, diferente do que muitas vezes é indicado pelos profissionais de saúde, é a posição supina, isto é, em decúbito dorsal (XAVIER *et al.*, 2015; BRASIL, 2012).

Além disso, outro fator importante que pode ser percebido é a utilização de objetos de tecido, tais como travesseiros e lençóis, no local em que os neonatos estão dormindo, sendo contraindicada devido ao risco de asfixia da criança (XAVIER *et al.*, 2015; BRASIL, 2012).

Outro aspecto importante que gera dúvidas no que concerne aos cuidados com sono do RN é o tempo que a criança deve/pode dormir. Assim, na sequência, quando questionadas sobre o tempo ideal de sono do RN, são destacados alguns diálogos de mães/gestantes que evidenciam falha no conhecimento sobre a necessidade das interrupções do sono e até mesmo relato de ausência total das informações sobre o assunto.

M16: “Acho que livremente, na hora que ele quiser dormir ou acordar”.

M18: “É, eu acho que ele pode dormir à vontade”.

M27: “Na realidade eu nem sei te informar, porque é o primeiro filho”.

Neste ensejo, percebe-se que as mães/gestantes entendem, muitas vezes, que o sono no RN é constante e não deve ser limitado. De fato, na maior parte do tempo, o neonato dorme, entretanto, as mães ou responsáveis pelos cuidados devem estar atentos à necessidade de interromper o sono de forma periódica caso a criança demore a despertar para que os episódios hipoglicêmicos sejam evitados. Dessa maneira, sabe-se que o sono é um fenômeno complexo que tem a função de reorganizar todas as funções e garantir a nossa recuperação física e psíquica. Durante o sono, há renovação celular, produção de hormônios e anticorpos, assim como síntese de proteínas e regulação metabólica. Além disso, nas crianças, o sono contribui de forma importante para o seu crescimento corporal (GIGANTI *et al.*, 2014; LASSONDE *et al.*, 2015).

Ao nascer, os ciclos de sono não têm como base a alternância entre o dia e a noite. O neonato dorme em média 17 ou 18 horas por dia e, geralmente, acorda quando sente fome. No entanto, a percepção de fome das crianças, em especial, nos primeiros dias de vida pode não ser aguçada e, portanto, o despertar pode não ocorrer no período adequado, o que pode causar episódios de hipoglicemia que podem ter repercussões negativas severas no RN, inclusive, em casos extremos, à morte (BRASIL, 2012; PARUTHI *et al.*, 2016).

#### **4.2.2 Cuidados de higiene**

No que se refere ao banho, as falas que mais se destacaram, quando perguntou-se às mães/gestantes sobre a forma correta de banhar a criança em relação aos produtos utilizados, foram as seguintes:

M11: “Aí eu não sei te dizer, porque eu banho ele com sabonete de criança, pra recém-nascido e xampuzinho também pra criança, pra não ficar aquele cheirinho desagradável”.

M22: “Eu não sei! [...] A enfermeira tá indicando agora não usar nada”.

Conforme pode ser observado, apenas uma das falas, a última, apresenta a informação adequada, de acordo com as recomendações atuais para o cuidado com a pele dos RN, visto que, preconiza-se que o banho seja realizado apenas com água amornada nas primeiras 4 semanas de vida ou ainda com sabonetes de pH neutro dermatologicamente testados e indicados por especialistas em aplicações espaçadas (1 ou 2 vezes por semana), pois desse jeito o vérnix pode ser absorvido naturalmente pela pele do neonato. Além disso, o uso frequente de produtos degermantes e antissépticos podem ocasionar irritações, aumentar o pH da pele, alterar a composição da flora bacteriana e atividade enzimática da epiderme, ressecamento e descamação da pele (OLIVEIRA; CARNEIRO; OLIVEIRA, 2015; FARIA; KAMADA, 2018).

Dessa maneira, algumas falas das participantes mostraram pontos importantes para análise no que se refere à lavagem das roupas do RN, podendo-se destacar:

M18: “Os cuidados? Quando eu compro eu lavo antes de usar e uso o sabão de coco, amaciante e passo”.

M22: “Lavar e engomar. E agora nem pode usar amaciante. É isso que tão indicando”.

M24: “Não sei! Eu vou de acordo comigo, porque eu não posso usar sabão em pó. Então, como eu não uso, também não vou usar para ele, porque tenho alergia. Vou usar aquele que eu uso, que é líquido”.

M26: “Lavar com o sabão adequado. Não deixar no sol quente. Nem espremer. E deixar separado, não junto com as dos outros!”

M27: “Ainda não sei também”.

Com relação à lavagem das roupas do recém-nascido, um estudo realizado em Fortaleza – CE com vistas à verificação do conhecimento de puérperas, apontou que quase a totalidade das participantes possuía conhecimento adequado sobre o assunto (ANDRADE *et al.*, 2012). Nessa perspectiva, o que se recomenda é que seja utilizado sabão em pedra neutro, preferencialmente, sabão de coco para a lavagem das roupas do neonato, buscando evitar o uso

em excesso de sabão em pó e amaciante, pois apresentam composição química que adere facilmente às fibras das roupas e que, quando em contato com a pele do RN, podem causar alergias. Adicionalmente, é importante ainda que as roupas sejam secadas ao sol, passadas a ferro para eliminar possíveis microrganismos e que sejam lavadas separadamente das roupas dos demais membros da família (ANDRADE *et al.*, 2012).

Em relação aos cuidados com a troca de fraldas, alguns diálogos das mães/gestantes quando perguntadas sobre a forma e os períodos de trocar as fraldas que consideram corretos são destacados a seguir:

M01: “Eu acho que, tem que ter cuidado de passar uma pomadinha, talco para não assar a criança, cuidado de tirar para não ferir, porque têm umas fraldas com material mais grosso, outros mais finos”.

M12: “Primeiro eu limpo, depois eu dou um banho, seco bem secadinho e passo pomada e lenço umedecido”.

M18: “Eu ‘alimpo’ com lencinho, aí passo a pomada e coloco a fralda. Em casa eu uso o algodão; quando eu saio, eu uso o lencinho”.

M28: “Quando ele ‘tava’ cheinho, eu fazia. [...] Eu comprei aqueles lenços, aí depois eu fazia era lavar com água mesmo, porque não ‘tava’ gostando muito, não! Por causa do cheiro”.

M22: “Eu uso a pomada anti-assadura e o lenço umedecido, sempre usei. [...] Um ‘talcozinho’ e pronto! Quer dizer, teve um filho meu que não se deu com o talco, dava alergia”.

A pele dos RN é sensível ao excesso de secreções glandulares (suor e sebo), aos ácaros do pó da casa, às bactérias do ambiente, às fezes e urina acumuladas na área da fralda e à oclusão pelo material das fraldas. Por este motivo, as fraldas devem ser trocadas com uma frequência de modo que não acumule suor, urina e fezes em excesso, pois isso pode ocasionar irritação à pele do RN (AREDES; SANTOS; FONSECA, 2015; SANTOS; COSTA, 2015).

Nesse sentido, entende-se que a utilização de pós não é recomendada em neonatos, especialmente, talco e pó de amido, pelo risco de inalação, que pode provocar irritação, pneumonite, com formação de granuloma e fibrose pulmonar. Além disso, a pele do neonato é facilmente agredida mecanicamente, devido a sua imaturidade e extrema permeabilidade. Dessa forma, a zona de contato com as fraldas e a utilização de lenços de limpeza, podem provocar a remoção repetida e localizada de células do estrato córneo e aumentar ainda mais a permeabilidade cutânea, causando grande sensibilidade e facilitando a possibilidade de toxicidade e lesões (SANTOS; COSTA, 2015).

Outro ponto importante é que, em caso de necessidade do uso terapêutico de emulsões em dermatoses agudas, exsudativas e nas pregas devem ser utilizadas as com maior concentração de água, isto é, cremes e loções. Já em casos de pele seca, xerose e eczema crônico é que as soluções mais gordurosas/oleosas, como pomadas e unguentos, são recomendadas, por conta do seu poder predominantemente oclusivo. No entanto, a maioria das mães e até profissionais de saúde desconhecem essa informação, sendo utilizadas pomadas, inclusive, em casos desaconselhados (AREDES; SANTOS; FONSECA, 2015).

Quando indagadas sobre como deve ser feita a higienização do coto umbilical, as mães/gestantes mostraram dúvidas sobre que produtos devem ser utilizados:

M02: “Me disseram pra passar álcool, mas não tenho certeza se pode. Eu nunca limpei, mas já vi minha vizinha passando um óleo, acho que de girassol”.

M03: “Não sei não, mas vou aprender”.

M05: “A gente sempre enxugava bem direitinho e passava, eu não sei o nome do remediozinho, mas a gente sempre passava em cima”.

M26: “Essa parte aí também, eu ainda vou aprender. Quem vai ensinar ainda é a minha sogra”.

Nesse sentido, existem várias controvérsias sobre a higienização do coto umbilical. Algumas tradições culturais e mitos prejudicam a adesão do procedimento correto, tais como: uso de esterco, moedas, cinzas, carvão e óleos, sendo amplamente não recomendadas. O álcool a 70% e a clorexidina alcóolica, são os solutos mais usados atualmente. A clorexidina, por sua vez, é um método mais viável e eficiente para a redução da colonização bacteriana (aeróbica e anaeróbica) e, assim, para a diminuição da mortalidade neonatal. No entanto, o que tem sido mais utilizado no Brasil, é o álcool a 70%. A clorexidina mostra ser eficaz na redução da colonização e infecção do coto, entretanto, dificulta a mumificação e o tempo de separação. Já o álcool a 70% acelera a mumificação, mas pouco tem efeitos na colonização. O uso de apenas água e sabão não tem demonstrado evidência de eficácia, assim como, de substâncias hidratantes e antimicrobianas, exceto em casos de prescrição. De forma geral, o que se tem de consenso é que o coto deve ser mantido seco e limpo, independente, dos antissépticos utilizados (STEWART; BENITZ, 2016; MIRANDA *et al.*, 2016).

#### **4.2.3 Cuidados com as imunizações do recém-nascido**

Um dos temas que demonstraram menor domínio de conhecimento foi a questão da vacinação, visto que, muitas mães/gestantes até sabiam que era importante, mas não conseguiam explicar o motivo. Associado a isso, desconheciam os nomes e tipos de vacinas, os



períodos em que devem ser tomadas e pouco sabiam sobre as doenças evitáveis. A seguir estão alguns dos diálogos:

M05: “Assim, de cabeça, não. É muito importante. Em nenhum momento a mãe deve deixar de dá, pra evitar muitas coisas, né?”

M16: “Saber por nome eu não sei não. Nunca prestava atenção e o pessoal daqui não fala muito não vem só fazer o trabalho deles e pronto”.

M22: “Ah, essas aí eu não sei [...]. Faço só trazer”.

M25: “Olha, tem uma que é da paralisia infantil”.

M26: “Sei! Para deixar ele imunizado a algum tipo de doença”.

Corroborando aos resultados desta pesquisa, estudo qualitativo, realizado no sul do Brasil, mostrou que as mães até reconhecem a importância da imunização, inclusive, citaram que a criança quando não é vacinada adoece com maior facilidade; entretanto, algumas mães não cumpriam o calendário vacinal sob a justificativa de choque com o horário de trabalho, acessibilidade difícil à unidade de saúde e problemas de saúde da mãe que impossibilitam que ela se dirija até à unidade de saúde, ou mesmo devido à falta de imunobiológicos nas unidades. Contudo, no estudo citado, verificou-se, ainda, que algumas mães desconheciam quais doenças são passíveis de prevenção, por meio da vacinação (ANDRADE; LORENZINI; SILVA, 2014).

#### **4.2.4 Banho de sol do neonato**

De acordo com as falas, foi observado que a maioria das mães/gestantes têm o conhecimento sobre a necessidade de banho de sol no RN:

M01: “O que me falam pra dar banho de sol é pra fortalecer os ossos, porque tem vitamina. Acho que é só isso”

M02: “Não sei, mas tem que dar”.

M14: “Isso eu nunca vi”.

M16: “No caso do meu bebê ele ‘tava’ amarelinho por muito tempo, tanto que teve que tomar suplemento, até onde eu sei é porque absorve a vitamina D, pra tirar o amarelão né, é isso”.

M17: “Pra defesas do corpo da criança... De touquinha e de fralda, uns 10 minutos pela manhã eu acho que é suficiente”.

M20: “Por causa da vitamina C? É que chama? A importância da vitamina C pro corpo dele. Pela manhã, cedinho, umas 6 horas da manhã, de frente e de ‘mijãozinho’ né?”

M25: “Era sete horas, sete ou sete e meia, colocava em pezinho... de roupinha, camisetinha”.

Dessa forma, o banho de sol é extremamente importante para o RN, no sentido de promover a ativação da vitamina D, absorvida por meio do consumo leite materno, que é necessária para a melhor absorção óssea de cálcio e, assim, acarretando no fortalecimento dos ossos. Além disso, o banho de sol, devido à luz gerada pelos raios solares, auxilia na regressão da icterícia. Essa alteração é marcada por conferir um aspecto amarelado à pele do RN, devido ao acúmulo de bilirrubina no organismo. É importante destacar, ainda, que o recomendado é que os banhos de sol devem ocorrer em momentos com temperaturas mais amenas, em que os raios ultravioletas são menos intensos, isto é, no início da manhã e final da tarde, antes das 10 horas e após às 16, durante cerca de 15 minutos. O banho do sol intensifica a excreção de bilirrubina e, de modo geral, a icterícia regride, espontaneamente, em 10 dias (GOMES *et al.*, 2015; HOEL *et al.*, 2016).

#### 4.2.5 Aleitamento materno

No estudo foi percebido que as mães/gestantes até citam que amamentar é importante, mas não sabem os motivos:

M02: “É muito importante, porque é o primeiro alimento da criança, faz bem pra saúde”.

M18: “Não sei”.

M25: “Eu acho que é [importante]. Os médicos falam que as primeiras mamadas da criança é tipo uma vitamina, né!? O primeiro leite da mãe, que ajuda na saúde da criança.

M22: “[...] assim, a gente sabe que dizem que é muito bom! Que é bom para a formação dele [RN]”.

O leite materno possui em sua composição uma série de nutrientes e anticorpos, além de boa quantidade de água. Por este motivo, é um alimento fundamental para a criança, possibilitando um melhor desenvolvimento e proteção contra doenças. Ainda assim, o desmame precoce é muito presente no Brasil. Nessa perspectiva, o preconizado é que seja o único alimento oferecido até os seis meses do lactente, pois supre todas as suas necessidades, inclusive, a ingestão hídrica. Após isso, o leite deve continuar a ser oferecido, complementado com outros alimentos, até os dois anos de idade, pelo menos (BRASIL, 2015a; RODRIGUES; GOMES, 2014; SILVA *et al.*, 2017).

No que se refere ao tempo de duração das mamadas ficou evidente que ainda existe um desconhecimento por parte das mães/gestantes, relatando, em alguns casos, necessidade de rigidez de horários:

M13: “[...] de hora em hora”.

M22: “De 3 em 3 horas. Até para acostumar a criança a ter uma hora certa”.

M27: “Não! Sei não!”

O Ministério da Saúde do Brasil e a maior parte da literatura atual destaca a recomendação da amamentação em livre demanda, isto é, oferecer o leite materno sem rigidez de horários. Nesse sentido, mais especificamente no caso de RN, é necessário um cuidado maior, pelo fato de, nos primeiros dias de vida, nem sempre a criança conseguir expressar que está com fome. Assim, passar longos períodos sem se alimentar pode causar danos severos à saúde do neonato, podendo levar, inclusive, à morte (BRASIL, 2015a; SILVA *et al.*, 2017).

De acordo com as falas das mães/gestantes, percebeu-se que algumas tinham dificuldades de compreensão acerca de como proceder com o revezamento das mamas, em especial, as primigestas/primíparas:

M24: “Ah, eu vou ver quanto tempo ele mama, e vou dividir, metade em uma mama, e depois troco. Metade aqui (apontando para a mama direita) e metade na outra”.

M16: “Em cada mamada eu dava um peito. Agora foi nessa, na outra (mamada) eu colocava na outra”.

M20: “[...] tem que ser um peito por vez, não precisa dar os dois ao mesmo tempo”.

Nesse ensejo, existe um hábito muito comum entre as lactantes de revezamento das mamas em uma mesma mamada, geralmente justificado para evitar discrepância no tamanho das mamas. No entanto, sabe-se que o leite anterior, do início da mamada, é rico em água e anticorpos, enquanto no leite posterior são predominantes os lipídios e outros nutrientes que servirão para o melhor desenvolvimento físico, como ganho ponderal nas medidas antropométricas, em especial, o peso. Portanto, o mais adequado é permitir que o RN mame até ficar satisfeito em uma das mamas para que consuma ambos os componentes. Revezando a mama somente na mamada subsequente (BRASIL, 2015a).

Com relação ao posicionamento e pega correta da mama, quando perguntadas sobre a forma mais adequada de amamentar, se existem técnicas ou estratégias, foram obtidas as seguintes respostas:

M02: “Do jeito que a criança pegar o peito, ela que sabe”.

M13: “Tem. Sempre colocando a criança na vertical”.

M28: “Sim, normal! Assim oh. (Colocou a criança com a cabeça apoiada no antebraço, com a cabeça voltada para o mamilo, abdome voltado para cima – em decúbito dorsal)”.

M26: “O povo disse que tem! Eu ainda não sei. Mãe de ‘primeira viagem’. ‘Tô’ aprendendo ainda”.

Algumas condições são colocadas para que a pega da mama seja mais adequada. Assim, é importante que a criança abocanhe a maior parte da aréola da mãe e não somente o mamilo, pois facilita a sucção e, dessa forma, previne complicações mamárias. Outro destaque é a posição da criança em relação à mãe, que deve ser com troncos da mãe e da criança frente a frente, melhorando a postura e facilitando a pega correta da mama. Além disso, o ambiente deve ser tranquilo, o vínculo do binômio mãe-filho deve ser fortalecido nesse momento pelo contato e troca de olhares, dentre outras características importantes (BRASIL, 2015a; RODRIGUES; GOMES, 2014).

Para finalizar, foi perguntado às mães/gestantes quais eram as principais dúvidas que tinham sobre os cuidados com o neonato, obtendo as seguintes respostas:

M13: “Não, não tenho nenhuma dúvida não. Acho que a questão de quando a gente cria um, já fica com a experiência e eu tive minha mãe pra me ensinar né, aí pronto, eu fiquei com a experiência”.

M15: “Tenho, porque como sou mãe de primeira viagem, essas questões aí que você fez do banho de sol, da vacina”.

M20: “Dúvida eu tenho né? De como amamentar, de como colocar pra dormir, quando ele se engasgar, como dar banho, essas coisas”.

M26: “Tenho várias! As principais ‘é’ de como, do umbigo, a limpeza, a amamentação também. O banho, mas o banho a minha sogra disse que vai ajudar! A forma de amamentar, posição. Tudo!”

As respostas dadas reforçam que ainda existem muitas dúvidas a serem sanadas, pois são bem numerosos os aspectos que são apontados como desconhecidos pelas mães e gestantes entrevistadas. Todos os subtemas apresentados foram mencionados como alvo de dúvidas pelo menos uma vez pelas participantes. E mesmo, as que referiram não ter dúvidas, por já serem mães, durante a avaliação do conhecimento apresentaram inconsistências nas informações, embasadas, em sua maioria, em práticas não aconselhadas, mas que são amplamente difundidas devido a mitos, tabus e a questões culturais.

### **4.3 Terceira fase: Desenvolvimento do vídeo educativo**

### 4.3.1 Pré-Produção: Sinopse ou *Storyline*

Inicialmente, para a produção do roteiro para o vídeo, foi redigido um pequeno texto tratando da ideia, a qual não se constitui em uma etapa propriamente dita, mas advém naturalmente ao escritor a necessidade de relatá-la. Dessa forma, a ideia do vídeo sobreveio da necessidade de estimular a autoeficácia de mães e cuidadores para os cuidados com RN.

Diante do exposto, pode-se perceber que são inúmeros os cuidados que os pais e familiares devem ter com os RN, afinal esses são seres de grandes fragilidades e totalmente dependentes de terceiros. Portanto, é essencial que suas mães e seus familiares estejam bem orientados e se sintam capazes de realizar esses cuidados no domicílio, sendo papel da enfermagem prestar essas orientações. Para tanto, pode-se valer de tecnologias educativas, no caso o vídeo, pois se apresenta como importante ferramenta que pode auxiliar, facilitar, dinamizar as atividades de educação em saúde.

A partir da ideia, foi elaborada a seguinte sinopse ou *storyline*, em poucas linhas, de acordo com as orientações de Comparato (2009):

“O vídeo será desenvolvido em um consultório de enfermagem da Unidade de Atenção Primária à Saúde, onde chegará para consulta com a enfermeira da Unidade (Dra. Sara), uma puérpera (Laura) com seu RN (Pedro), e a mãe de Laura (Dona Maria) com várias dúvidas sobre os cuidados que devem ser prestados. Laura estará nervosa, pois vê-se confusa nas orientações que recebeu de vizinhos e familiares”.

### 4.3.2 Pré-produção: Argumento

Para elaboração do argumento, levou-se em consideração as etapas anteriores, os conteúdos provenientes da fase de revisão narrativa da literatura, bem como, das principais dúvidas referidas pelas participantes da fase qualitativa.

No argumento, é possível ter uma visão mais ampla do vídeo, permitindo uma avaliação das possibilidades de produção do vídeo. Proporciona uma descrição detalhada com as informações importantes e fundamentais, tais como: quantidade de atores, figurinos, cenários, objetos, veículos, locações - que vão servir para avaliar o lado financeiro, jurídico, temporal do projeto (COMPARATO, 2009).

“O vídeo possui cunho educativo, abordando, sob enfoque da autoeficácia, os cuidados a serem prestados, por cuidadores e familiares, em ambiente domiciliar aos recém-nascidos (Recém-

nascidos). Contará com uma personagem principal, a puérpera Laura, mãe do Pedro, recém-nascido de 10 dias, a qual procura a unidade básica de saúde, próxima à sua casa, na companhia da mãe dela (Maria). Laura está aflita e confusa em relação aos cuidados que devem ser prestados ao seu filho. Dessa forma, ela irá pedir orientações da enfermeira sobre como cuidar do bebê em casa. A enfermeira da Unidade Básica de Saúde, Dra. Sara (co-protagonista), prestará orientações. O vídeo inicia com Laura, Maria e Pedro chegando na UBS, onde são encaminhados para o consultório da Dra. Sara. Laura contará que estava na casa da sua mãe, após ter saído da maternidade, relata que está com muitas dúvidas. A Dra. Sara iniciará acalmando Laura. Em seguida, falará sobre o sono, sobre o tempo que o RN pode dormir, sobre o ambiente seguro, posição ideal. As cenas irão alternar com o ambiente do consultório, e algumas imagens, para ilustrar as informações, na medida que são descritas pela fala da enfermeira. Continuando, serão apresentadas orientações sobre banho do recém-nascido e, no meio da cena, o pai do recém-nascido (Marcos), que irá indagar o motivo da ida ao posto, então é convidado para participar das orientações. Serão apresentadas cenas externas, mostrando banho, higiene oral, produtos que podem ou não serem usados na higiene do RN. Laura irá referir que o Pedro fez xixi, e a Dra. Sara irá mostrar como realizar a troca de fraldas de forma adequada, os produtos que podem ser usados. Laura irá falar sobre sua experiência em realizar a higiene do coto umbilical do filho de uma vizinha, e como deu certo, e assim segue realizando este cuidado com o próprio filho. Neste momento, a Dra. Sara irá orientar sobre alguns sinais de alerta para onfalite (inflamação a nível do umbigo). Logo após, Laura segue contando uma outra experiência positiva com o sabão utilizado para lavar as roupas do Pedro. A Dra. Sara enfatiza que o cuidado está correto e aproveita para falar de outros cuidados que precisam ser feitos com as roupas de recém-nascidos. Seguindo, Maria fala sobre duas vacinas que foram aplicadas no Pedro na maternidade, então a enfermeira orienta sobre a importância das vacinas (principalmente para Maria e Marcos), fala sobre as duas que devem ser administradas nos recém-nascidos, dando orientações sobre as mesmas. Dra. Sara indaga sobre o banho de sol. Maria e Laura descrevem a forma que estão fazendo, sendo apresentada em uma cena externa, entretanto, a Dra. Sara as corrige, mostrando a posição que o RN deve ficar e orienta sobre o horário indicado para a prática e quanto deve durar a exposição ao sol. Neste ponto, passam a falar sobre aleitamento materno, pois Laura se mostra preocupada com o choro do Pedro pensando que pode ser fome e com medo de seu leite ser fraco, então a Dra. Sara a tranquiliza e explica sobre os motivos de choro, e destaca a importância do leite materno para saúde do Pedro, desmitificando a ideia de leite fraco (mostram os tipos de leite em cenas externas). Fala-se, ainda, sobre o revezamento das mamas de forma ideal e sobre sinais de pega correta, de

maneira ilustrada (imagem, legenda e orientações). Marcos se interessa sobre como identificar as cólicas no RN. A Dra. Sara explica sobre o choro forte e mostra como fazer percussão no abdome do Pedro para identificar som hipertimpânico, indicativo de acúmulo de gases e indica alguns exercícios, através de imagens e cenas extras que podem auxiliar na eliminação dos gases. O vídeo é finalizado com o depoimento de positivo e de confiança de Laura, Marcos e Maria em cuidar do Pedro, da mesma forma, que a Dra. Sara confirma que eles são capazes de cuidar do Pedro para que ele cresça forte e saudável”.

Nota-se que o argumento revela como serão transportados para a tela as personagens por meio de uma história, sendo necessário especificar de maneira clara e concreta os acontecimentos, a temporalidade, a localização, o perfil das personagens e o decurso da ação dramática (COMPARATO, 2009).

#### **4.3.3 Pré-Produção: Roteiro**

Foram elaboradas 3 versões do roteiro, pensando em uma melhor forma de repassar as orientações sobre os principais cuidados com os recém-nascidos. Considerando que quanto mais pessoal fosse, melhor seria para abordar a autoeficácia da família e cuidadores.

A primeira versão do roteiro, foi elaborada considerando as outras etapas do estudo. As cenas iriam se passar em um grupo de gestantes de uma Unidade Básica de Saúde, sendo a enfermeira a modeladora do grupo que iria abordar os principais cuidados que os recém-nascidos devem receber em domicílio, tendo uma média de 30 minutos de duração.

A segunda versão já foi pensada parecido com a forma como o mesmo está descrito, com uma duração média de 25 minutos. Esta segunda versão sofreu algumas alterações para ser enviada aos juízes de conteúdos e técnicos, para sua validação. Após esta etapa de validação, foi finalizado a versão final do roteiro(terceira versão) (APÊNDICE G).

A produção do vídeo educativo tem o intuito de compartilhar com mães e cuidadores os principais cuidados a serem prestados aos recém-nascidos no âmbito domiciliar, tendo como referencial teórico a autoeficácia, como uma ferramenta para empoderar essas mães e cuidadores acerca da sua capacidade para promover a saúde dos seus bebês.

Dessa forma, para que uma intervenção pautada na autoeficácia seja realmente eficiente, deve ser embasada nas fontes que influenciam o desenvolvimento desse construto. São elas: 1. Experiências de êxito pessoal anterior, pois se uma pessoa foi capaz de ter uma experiência pessoal anterior positiva, ela se sentirá mais propensa a obter sucesso em metas futuras semelhantes; 2. Experiências vicárias que se baseiam na observação de pessoas com características semelhantes que alcançaram o êxito, de modo que leva a pessoa a refletir que,

se outra pessoa (semelhante a ela) consegue obter êxito em determinada atividade, ela mesma também poderá alcançar esse sucesso; 3. Persuasão verbal que se trata de estimular as pessoas a enfrentarem situações que imaginavam superar suas habilidades, orientando, incentivando e empoderando essas pessoas; 4. Estados fisiológicos que se referem ao controle da ansiedade, do medo, do estresse para que os indivíduos aprendam a interpretar de uma forma construtiva estes estados fisiológicos, melhorando a percepção de autoeficácia e o desempenho (BANDURA; ADAMS, 1982).

Segue abaixo, o quadro que demonstra as cenas nas quais cada fonte de autoeficácia foi destacada ao longo do vídeo educativo.

**Quadro 4** - Cenas do vídeo educativo de acordo com as fontes de informação de autoeficácia. Redenção, 2019.

FONTES DE AUTOEFICÁCIA	CENAS
EXPERIÊNCIA DE ÊXITO PESSOAL	<b>C.5</b> -LAURA: ... eu consegui limpar do filho dela. ...Aí eu consigo limpar o meu do mesmo jeito.
EXPERIÊNCIA VICÁRIA OU POR MODELAÇÃO	<b>C.6</b> - LAURA: Doutora, essa minha vizinha mandou eu comprar sabão de coco pra lavar as roupas dele (Pedro), porque quando a filha dela era bebê assim, ficou com a pele toda vermelhinha e coçando. Daí a enfermeira que trabalhava aqui, disse pra ela usar o sabão de coco, então eu comprei e tá dando certo.
PERSUASÃO VERBAL	<p><b>C.5</b> - SARA: Muito bem! É assim mesmo que devemos fazer. Essa higiene previne infecções e ajuda a sarar...</p> <p><b>C.6</b> - SARA: Isso mesmo, lave as roupas do bebê com sabões neutros, e não precisa de amaciante.</p> <p><b>C.7</b> - SARA: E continue levando ele pro posto pra tomar as outras vacinas.</p> <p><b>C.8</b> - SARA: Ok! A maneira recomendada é deixar o Pedro no máximo uns 10 minutos de frente, pode proteger os olhos e 10 minutos de costas, sendo que ele deve ficar só de fraldinha mesmo.</p> <p><b>C.9</b> - SARA: ...por isso é importante que ele mame até esvaziar uma mama.</p> <p><b>C.10</b> - SARA: Você pode fazer massagens na barriguinha dele...</p>



<p>CONTROLE ESTADOS FISIOLÓGICOS</p>	<p>DE</p> <p><b>C.2-</b> SARA: Tudo bem, querida! Fique tranquila, estou aqui para ajudar.</p> <p><b>C.3 -</b> MARCOS: Entendi, sabendo desse passo-a-passo eu também vou ser capaz de banhar o Pedro.</p> <p>SARA: Excelente! Fico feliz que tenha entendido.</p> <p><b>C.5-</b> SARA: Muito bem! É assim mesmo que devemos fazer</p> <p><b>C.8-</b> LAURA: Sabendo a forma correta, a gente perde o medo, então vou conseguir fazer!</p> <p>MARCOS: Eu também posso fazer, né?</p> <p><b>C.10 -</b> MARIA: Pode deixar, eu ajudo sempre que for possível.</p> <p>LAURA: Nós vamos conseguir com a ajuda de todos.</p> <p>MARCOS:Doutora, foi muito bom ter vindo. Eu tinha medo até de pegar no bebê, porque é tão pequenininho, né? Agora eu me sinto confiante por saber como posso ajudar mais. Obrigada!</p>
--	--

É importante destacar que em outras cenas do vídeo educativo é possível identificar as fontes de autoeficácia, como por exemplo, as falas da enfermeira, predominantemente, buscam por meio da persuasão verbal elevar a autoeficácia das mães expectadoras do vídeo, entretanto, as apresentadas acima são as principais cenas passíveis de serem elencadas de acordo com a fonte de autoeficácia específica.

#### **4.3.4 Pré-Produção: Validação do Roteiro por Juízes de Conteúdo**

Nessa etapa do estudo, foram selecionados 24 juízes de conteúdo, sendo 15 juízes docentes de conteúdo e 9 juízes assistenciais de conteúdo. Ressalta-se que os juízes validaram a terceira versão do vídeo educativo, de modo que após as modificações conforme suas sugestões, chegou-se à versão final do roteiro do vídeo (quarta versão).

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 dos grupos para validação.

Os juízes docentes de conteúdo apresentaram variação de idade entre 29 e 39 anos, com uma média de 34,1. Todos os participantes (N=15; 100%) eram do sexo feminino e apresentaram área de atuação no ensino, em diversas disciplinas além de saúde da criança, saúde

sexual e reprodutiva, saúde da família, segurança do paciente, taxonomias, com variação de 3 a 14 anos de experiência com a temática Saúde da Criança e uma média de 7,8.

Todos os participantes (N=15; 100%) possuíam graduação concluída em enfermagem. Com relação às titulações, 13 juízes (86,6%) apresentaram uma especialização concluída e 8 juízes (46,6%) apresentaram duas especializações concluídas. As especializações concluídas foram em áreas diversas, como: saúde da criança, saúde sexual e reprodutiva, saúde do adulto, saúde da família, urgência e emergência, auditoria. Todos os juízes (N=15; 100%) possuíam mestrado concluído, sendo todos (N=15; 100%) na área da enfermagem. Em relação à conclusão do doutorado, 12 (80%) dos 15 juízes possuíam esse título nas áreas de enfermagem e/ou saúde coletiva.

Na Tabela 1 estão expostos os dados de caracterização dos juízes docentes de conteúdo, segundo os critérios de Jasper (1994), que embasaram o sistema de classificação de juízes adotado no estudo.

**Tabela 1** - Caracterização dos juízes docentes de conteúdo participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Redenção, 2019

<b>Critérios de classificação dos juízes (N=15)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	15	100
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	13	86,6
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	15	100,0
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	4	26,6

\*Área de interesse: saúde neonatal, saúde da criança, saúde da família/coletiva/pública, agravos em recém-nascidos.

Com relação aos critérios de Jasper (1994), todos os 15 juízes docentes de conteúdo atingiram, no mínimo, dois requisitos estabelecidos, conforme previsto para participação. Dessa forma, 2 juízes (13,3%) atenderam a 2 requisitos preestabelecidos, 9 juízes (60%) enquadraram-se em 3 requisitos de Jasper e 4 juízes (26,7%) atenderam a 4 requisitos estabelecidos. Destaca-se que todos os juízes apresentaram os seguintes requisitos: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Em relação aos juízes de conteúdo assistenciais, estes possuíam idade entre 29 a 52 anos, com uma média de 39,50. Todos possuíam graduação (N=9; 100%) em enfermagem, eram do sexo feminino (N=9; 100%). Quanto à área de atuação no momento da pesquisa, 6 (66,6%)

atuavam na ESF, 3 (33,3%) em hospital, 2 (22,2%) na ESF e hospital. Ao avaliar a experiência profissional no campo assistencial, observou-se variação de 3 a 22 anos entre os juízes, com uma média de 9,4 anos de experiência. No que se refere às áreas temáticas, estes atuavam em saúde da criança, saúde da família, obstetrícia e neonatologia.

Em relação à formação complementar, os 8 juízes (88,8%) possuíam especialização concluída, sendo que 3 (33,3%) possuíam duas especializações concluídas. Ademais, 8 (88,8%) juízes tinham mestrado concluído, e 4 (44,4%) possuíam título de doutor.

Na Tabela 2 estão descritos os dados de caracterização dos juízes de conteúdo assistenciais, de acordo com os critérios de Jasper (1994).

**Tabela 2** - Caracterização dos juízes de conteúdo assistenciais participantes do estudo, segundo o sistema de classificação de juízes adotado. Redenção, 2019.

<b>Crítérios de classificação dos juízes (N=09)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Possuir habilidade/conhecimento adquirido pela experiência	9	100
Possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto	8	88,8
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo	8	88,8
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade	4	44,4

Com relação aos critérios de Jasper (1994), todos os 9 juízes que participaram da validação do roteiro do vídeo atingiram os requisitos exigidos, sendo que 9 juízes (100%) enquadraram-se em dois requisitos estabelecidos e 8 juízes (88,8%) enquadraram-se em três requisitos. Dessa forma, de acordo com a distribuição da pontuação dos juízes os três requisitos mais prevalentes foram: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência, possuir habilidade/conhecimento especializado que tornam o profissional uma autoridade no assunto e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

Para o processo de validação, avaliação e sugestões realizadas pelos juízes docentes e assistenciais de conteúdo optou-se em apresentar e analisar os dados do grupo de forma geral, com os 24 juízes de conteúdo.

Ressalta-se que o processo de validação é essencial após a elaboração de materiais educativos, vista a necessidade de que juízes com experiência no assunto possam avaliar o material e fazer sugestões para o seu aperfeiçoamento, sendo uma etapa utilizada também em outros estudos que elaboraram materiais educativos (CAVALCANTE *et al.*, 2015; LIMA *et al.*,

2014; COSTA *et al.*, 2013). Além disso, a participação de juízes no processo de validação pode elevar a aceitação e adesão dos pacientes na utilização de materiais educativos (SOUSA; TURRINI, 2012).

A avaliação do conteúdo do roteiro pelos juízes pode ser verificada por meio da Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição da concordância entre juízes de conteúdo acerca do roteiro vídeo educativo. Redenção, 2019.

<b>Variáveis Analisadas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Conceito da ideia</b>		
Conteúdo temático relevante e atual (N=24)	24	100
Conteúdo coerente com objetivo do vídeo de promover a autoeficácia para cuidados com recém-nascidos (N=24)	22	91,6
Objetivo do vídeo é coerente com a realidade da prática de Enfermagem (N=24)	23	95,8
O contexto em que o vídeo se passa é evidente desde o primeiro momento (N=24)	23	95,8
As premissas expostas estão corretas (N=24)	20	83,3
As informações são compreensíveis (N=24)	21	87,5
As informações são suficientes (N=24)	16	66,6
Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com cuidados com Recém-nascidos (N=24)	22	91,6
É adequado para ser usado por profissionais de saúde (N=24)	23	95,6
O conteúdo aborda comportamentos (N=24)	24	100
Propõe ao telespectador mudança de comportamento (N=24)	22	91,6
Propõe à mãe sentir-se mais confiante/segura com os cuidados com Recém-nascidos (N=24)	24	100
Acredita que poderá melhorar o conhecimento da mãe sobre como cuidar de Recém-nascidos (N=24)	24	100
<b>Objetivos</b>		
O objetivo é evidente (N=24)	24	100
O objetivo do roteiro é coerente com o objetivo proposto na pesquisa de elevar a autoeficácia para os cuidados com recém-nascidos (N=24)	23	95,8
O objetivo proposto pelo roteiro é factível (N=24)	24	100
O número de cenas é suficiente para o alcance do objetivo (N=24)	23	95,8
O tempo de duração é adequado para atingir o objetivo do vídeo (N=24)	20	83,3
<b>Construção dramática</b>		
O Ponto de partida do roteiro tem impacto (N=24)	19	79,2
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce (N=24)	24	100
As cenas não refletem estereótipos (N=24)	16	66,6
O vídeo motiva/ estimula as mães a aprenderem (N=24)	24	100
<b>Ritmo</b>		
Cada cena motiva a próxima (N=24)	24	100
O ritmo é cansativo (N=24)	20	83,3
<b>Personagens</b>		

Existe empatia com as personagens (N=24)	23	95,8
A apresentação das personagens e situações são suficientes (N=24)	21	87,5
As personagens lembram mães da realidade (N=24)	22	91,6
<b>Potencial dramático</b>		
Existe emoção (N=24)	17	70,8
Existem surpresas (N=24)	9	37,5
<b>Diálogos (Tempo dramático)</b>		
Os diálogos têm naturalidade (N=24)	21	87,5
Oferecemos às personagens vocabulário adequado à população para a qual o vídeo se destina (N=24)	19	79,2
O vocabulário utiliza palavras comuns (N=24)	16	66,6
O estilo de voz ativa é utilizado (N=24)		
Há conclusão (N=24)	23	95,8
Se sim, a conclusão atendeu aos objetivos propostos (N=24)	23	95,8
<b>Estilo visual (Estética)</b>		
As cenas refletem aspectos importantes dos cuidados com recém-nascidos (N=24)	23	95,8
<b>Público referente</b>		
O conteúdo de interesse (autoeficácia de familiares e cuidadores para os cuidados com recém-nascidos) tem relação direta com o público alvo (gestantes, puérperas, familiares e cuidadores de RNs) (N=24)	23	95,8
Existe identificação do público alvo com a problemática exposta (N=24)	23	95,8
A linguagem está compatível com nível de conhecimento do público alvo (N=24)	16	66,6
O conteúdo a ser lido ( <i>lettering</i> ) é adequado ao nível de leitura do público-alvo (N=24)	22	91,6
<b>Relevância</b>		
O vídeo ilustra aspectos importantes para o aumento da autoeficácia de mães e familiares de RNs (N=24)	24	100
As cenas do vídeo são relevantes para que a mãe ou familiar possa sentir-se mais confiante para cuidar do seu RN (N=24)	23	95,8
O roteiro traz um resumo ou revisão (N=24)	18	75
<b>Fonte de Autoeficácia</b>		
O roteiro ressalta experiências pessoais (N=24)	24	100
O roteiro utiliza experiências vicárias, ou seja, terceiros como modelos a serem seguidos (N=24)	24	100
O roteiro utiliza a persuasão verbal (N=24)	24	100
O roteiro busca melhorar estados psicológicos e afetivos, aliviando tensões ou a ansiedade materna (N=24)	24	100

Podemos evidenciar a concordância unânime dos juízes (N=24; 100%) quanto à existência adequada dos seguintes aspectos no roteiro do vídeo: conceito da ideia (conteúdo temático relevante e atual; o conteúdo abordagens de comportamentos; propõe ao telespectador sentir-se mais confiante; acredita que poderá melhorar o conhecimento da mãe e familiares sobre a forma de cuidar de recém-nascidos); objetivo (evidente no roteiro; e o objetivo do



Em todas as variáveis o IVC deu acima de 0,80, que confere uma validade na avaliação dos juízes de conteúdo. A validação de uma tecnologia educativa por *experts* no assunto proporciona uma verificação da qualidade dos dados, antes de sua utilização com o público-alvo (ODABASI *et al.*, 2015).

Entre as modificações sugeridas pelos juízes de conteúdo destacam-se algumas que estão descritas no Quadro 5.

**Quadro 5** - Principais sugestões dos juízes de conteúdo. Redenção, 2019.

CENA	SUGESTÃO	DECISÃO
02	Acho que inicialmente a enfermeira deve acalmar a mãe no sentido de garantir que todas as dúvidas serão sanadas. Por exemplo: Laura, fique tranquila, pois esclarecerei todas suas dúvidas. Em relação ao sono do Pedro...	ACATADO
	Orientar sobre a posição em decúbito lateral para o sono do bebe, quando for possível observar.	NÃO ACATADO
03	Nem sempre a mãe saberá ler ou utilizar adequadamente o termômetro, assim, a técnica de testar a temperatura da água na região interna do antebraço é bastante utilizada e mais adequada para a clientela. Inserir a informação de que, após o banho, o RN deve ser enxugado, para evitar perda de calor.	ACATADO
	Apenas no tópico sobre a limpeza das genitálias deve ser colocado com mais clareza para que as mães possam entender o objetivo da informação, de forma mais simples possível.	ACATADO
	Deixar claro que tem pomadas mais aderentes a pele e outra menos... umas mais consistentes e outras menos.... Orientar quanto às opções de pomada... preventivas e de tratamento.	ACATADO
	Muitas mães rebatem muito o que o profissional fala, nem que seja internamente. Acho que o vídeo poderia mostrar mais essas coisas que as mães (e as avós também) rebatem nas consultas, ou que são motivos de não cumprir as orientações dos profissionais. E mediante esses rebates, a enfermeira poderia justificar melhor e embasar mais as informações.	ACATADO
04	Uso de termos técnicos.... Fale saquinho, ou cite testículos e fale que são os saquinhos do bebe... o mesmo para pênis ou vagina (quando citado). Procure termos mais populares e não agressivos. Lembre-se você fala para os profissionais e para as mães também.	EM PARTE
	Ressaltar que a camada de pomada deve ser bem fina para desaparecer na pele e nós enfermeiros também podemos indicar as pomadas preventivas de dermatite de contato de fraldas.	ACATADO
05	Acho que deveriam evita o uso de palavras no diminutivo, pelo menos na fala da enfermeira. Acho que isso infantiliza o diálogo.	ACATADO

	Não esquecer de orientar para atentar sobre possíveis sangramentos e mau cheiro, que pode estar ligado a infecção... devendo retornar ao serviço assim que possível.	ACATADO
06	Ressaltar o uso do álcool a 70% na limpeza do coto umbilical.	ACATADO
09	Acrescentar que a mão de apoio do seio deve ser em formato de “C” e não em formato de tesoura ou por cima, pois isso vai dificultar a saída do leite.	ACATADO
	Acrescentar mais informações para não gerar dúvidas quanto a essa palavra. Por exemplo: na sucção, que é enquanto a criança mama.... Acrescentar mais informações para não gerar dúvidas quanto a essa palavra. Por exemplo: a aréola, que é a parte mais escura do seu seio.	ACATADO
10	Sugiro que o pai participe mais vezes ... envolver o pai no processo é fortalecer o vínculo familiar. Essa visão é muito importante.	ACATADO
11	Melhorar linguagem que indiquem aumento da autoeficácia.... Estou mais confiante.	ACATADO
	Sobre a autoeficácia, sugiro acrescentar na última cena na fala de Laura que ela se sente mais confiante em prestar os cuidados com seu bebê.	ACATADO

Salienta-se que quase todas as alterações sugeridas pelos juízes foram acatadas, entretanto apenas uma não foi. O decúbito lateral para o recém-nascido dormir na presença de um vigilante, poderia deixar a mãe ou cuidador confuso e não vai de acordo com as recomendações da literatura. São fortes as evidências de que o decúbito dorsal reduz a morte súbitas do lactente (CESAR *et al.*, 2018). Sendo esta recomendação para os profissionais de saúde repassarem, insistirem, incentivarem as mães a colocar o recém-nascido para dormir nesta posição. Isto porque se trata de uma medida simples, de baixo custo e de fácil aplicação e com resultado comprovadamente eficaz. Na avaliação geral dos juízes de conteúdo, 18 (75%) aprovaram com modificações e 6 (25%) simplesmente aprovaram.

Além da avaliação realizada com 24 juízes de conteúdo, o vídeo educativo foi avaliado por 3 juízes considerados *experts* na área de comunicação. Assim, a mesma versão que havia sido enviada para validação pelos juízes de conteúdo, também foi avaliada simultaneamente pelos juízes técnicos, ou seja, a quarta versão do roteiro (24 minutos).

A média de idade dos juízes técnicos participantes deste estudo foi de 42 anos, com desvio-padrão de  $\pm 8$  anos. Dos 3 juízes técnicos, 2 eram do sexo feminino. Tendo como área de atuação Tecnologias da Comunicação e Educação. Quanto à experiência em vídeo educativo, variou de 2 a 8 anos. Os juízes foram classificados conforme os requisitos de Jasper (1994), que estão descritos na Tabela 5.



**Tabela 5** - Caracterização dos juízes técnicos participantes do estudo. Redenção, 2019.

<b>Crítérios para juízes da validade técnica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Possuir habilidade/ conhecimento adquirido (s) pela experiência.	3	100
Possuir habilidade/ conhecimento especializado (s) que tornam o profissional uma autoridade do assunto.	2	66,7
Possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.	3	100
Possuir aprovação em um teste específico para identificar juízes.	-	-
Possuir classificação alta atribuída por uma autoridade.	-	-

No que se refere aos critérios de Jasper (1994) para a seleção dos juízes técnicos, dois juízes (66,7%) enquadraram-se em 3 requisitos. Os três juízes técnicos (100,0%) enquadraram-se em dois requisitos, sendo eles: possuir habilidade/conhecimento adquiridos pela experiência e possuir habilidade especial em determinado tipo de estudo.

A avaliação dos referidos juízes acerca dos aspectos relacionados ao conteúdo do roteiro do vídeo pode verificada por meio das Tabelas 6 e 7.

**Tabela 6** - Distribuição da concordância entre juízes de avaliação da técnica do roteiro vídeo educativo. Redenção, 2019.

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Conceito da ideia</b>		
Conteúdo adequado ao objetivo do vídeo de promover autoeficácia para os cuidados com RNs (N=3)	3	100
A ideia auxilia a aprendizagem (N=3)	3	100
A ideia é acessível (N=3)	3	100
O roteiro é útil (N=3)	3	100
O roteiro é atrativo (N=3)	2	66,7
<b>Construção dramática</b>		
O Ponto de partida do roteiro tem impacto (N=3)	2	66,7
Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce (N=3)	2	66,7
Número de cenas suficiente (N=3)	2	66,7
Tempo de duração suficiente (N=3)	1	33,3
Apresentação do roteiro é agradável (N=3)	3	100
<b>Ritmo</b>		
Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente (N=3)	2	66,7
O ritmo é cansativo (N=3)	2	66,7
Há dinamismo dos ambientes (N=3)	2	66,7
As formas de apresentação das cenas são adequadas (N=3)	3	100
<b>Personagens</b>		
O perfil das personagens é original (N=3)	3	100
Os valores das personagens têm consistência(N=3)	3	100
<b>Potencial dramático</b>		

É desenvolvida uma expectativa (N=3)	2	66,7
<b>Diálogos (Tempo dramático)</b>		
No diálogo cada intervenção motiva outra (N=3)	3	100
Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história (N=3)	2	66,7
<b>Estilo visual (Estética)</b>		
Existem muitas repetições de cenário/ambiente (N=3)	1	33,3
As imagens são adequadas (N=3)	2	66,7
A estrutura geral é criativa (N=3)	2	66,7
<b>Público referente</b>		
O conteúdo de interesse (confiança de mães e familiares para cuidar de RNs) tem relação direta com o público alvo (Mães, familiares e cuidadores de RNs) (N=3)	3	100
<b>Funcionalidade</b>		
O vídeo propõe-se a elevar a confiança de mães e familiares para cuidar de RNs (N=3)	2	66,7
O vídeo é capaz de gerar resultados positivos (N=3)	3	100
<b>Usabilidade</b>		
É fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações (N=3)	3	100
Permite que sua mãe tenha controle das atividades nele apresentadas, sendo fácil de aplicar (N=3)	3	100
Fornecer ajuda de forma clara (N=3)	2	66,7
Fornecer ajuda de forma completa (N=3)	2	66,7
Fornecer ajuda sem ser cansativo (N=3)	1	33,3
<b>Eficiência</b>		
O tempo proposto é adequado para que a usuária aprenda o conteúdo (N=3)	1	33,3
O tempo proposto é adequado para que os usuários possam se sentir mais confiantes para cuidar de RNs (N=3)	1	33,3
O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo (N=3)	2	66,7
O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto (N=3)	3	100
O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela (N=3)	3	100

É possível observar a concordância unânime dos juízes (N=3; 100%) quanto à presença dos seguintes aspectos no roteiro do vídeo: conceito da ideia (conteúdo adequado ao objetivo do vídeo de promover a autoeficácia para os cuidados com recém-nascidos; a ideia auxilia a aprendizagem e é acessível; o roteiro é útil); construção dramática (a apresentação do roteiro é agradável); ritmo (as formas de apresentação das cenas são adequadas); personagens (o perfil dos personagens é original; os valores dos personagens têm consistência); diálogos ou tempo dramático (no diálogo cada intervenção motiva outra); público referente (o conteúdo de interesse que é a confiança de mães e familiares para cuidar de RNs tem relação direta com o público alvo que são mães, familiares e cuidadores de RNs); já a funcionalidade (o vídeo é

capaz de gerar resultados positivos); a usabilidade (é fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações; permite que as mães ou familiares tenham controle das atividades nele apresentadas, sendo fácil de aplicar); por fim, o quesito eficiência (o número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto; e o discurso dos personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela).

Quanto à construção dramática, dois juízes referiram que o tempo de duração é insuficiente e para o estilo visual um juiz mencionou a existência de repetições de cenários/ambientes (N=1; 33,3%). Ressalta-se que a mudança constante de cenários poderia ocasionar uma confusão para o entendimento das cenas, dessa forma, optou-se por sete cenários: corredor da unidade de saúde (apresentação do vídeo), sala de atendimento da unidade de saúde (consultório), e para as cenas externas no domicílio, cena do banho de sol, numa varanda, banheiro para o banho, higiene oral, troca de fraldas e quarto para limpeza do coto umbilical.

No que diz respeito à avaliação geral dos juízes técnicos acerca do roteiro do vídeo educativo, todos os aspectos técnicos (ideia, construção dramática, ritmo, personagens, potencial dramático, diálogos, estilo visual, público referente e estimativa de produção) foram considerados “excelentes” por pelo menos um juiz. As personagens e a estimativa de produção receberam avaliação “muito bom” de dois juízes.

**Tabela 7** - Avaliação dos aspectos técnicos do vídeo educativo. Redenção, 2019.

	Excelente		Muito bom		Bom		Regular		I-CVI	
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Ideia (N=5)	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	0,80	
Construção dramática (N=5)	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	0,80	
Ritmo (N=5)	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3	0,73	
Personagens (N=5)	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	0,87	
Potencial dramático (N=5)	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3	0,87	
Diálogos (N=5)	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	0,80	
Estilo visual (N=5)	1	33,3	1	33,3	-	-	33,3	1	33,3	0,80
Público referente(N=5)	1	33,3	1	33,3	1	-	-	-	0,80	
Estimativa de produção (N=3)	1	33,3	2	66,7	-	-	-	-	0,87	
S-CVI/Ave									<b>0,81</b>	

Já o ritmo, potencial dramático e estilo visual receberam pontuação de regular, entretanto apenas o ritmo teve IVC abaixo de 0,80. Acerca da avaliação geral do vídeo, pode-se verificar que 2 dos juízes técnicos (66,7%) consideraram o vídeo aprovado com modificações, enquanto que 1 (33,3%), o julgou simplesmente como aprovado. Entre as sugestões dos juízes técnicos destacam-se as que se seguem:

As personagens são essas mesmas, mais relevantes e apresentados de forma consistente, porém o pai poderia ter uma maior participação no enredo como um todo. (JT1)

Sugiro reduzir para 15 min e aumentar o número de cenas para outros ambientes. Sei que é difícil, mas se não der pra reduzir deixar até 18 min, diminuir as cenas do consultório e acrescentar outras cenas em casa ou praça, etc. (JT1)

Sugiro um vídeo mais enxuto com informações claras e objetivas com diálogos de fácil entendimento e atores com boa representação do contexto. (JT2)

Rever alguns diálogos, reforçando a confiança (mãe, avó e pai). (JT3)

As sugestões supracitadas dos juízes técnicos foram analisadas pelas autoras do vídeo de forma que na revisão do roteiro se chegasse à quarta versão (versão final). Nessa versão, alguns diálogos foram excluídos e algumas falas reduzidas, de forma que o tempo total do vídeo também diminuiu ficando em 24 minutos, algumas cenas foram excluídas, o título foi reconsiderado mediante as sugestões dos dois grupos de juízes sendo modificado para “Cuidando do seu bebê”, o roteiro foi revisto de modo que as cenas (imagens) correspondessem às suas respectivas falas, sendo complementadas nos trechos que haviam sido consideradas orientadas pelos juízes.

Após as alterações sugeridas, o roteiro ficou com uma linguagem mais acessível e simples, respeitando a literatura e passou por uma revisão do português. Dessa forma, após o processo de validação do roteiro do vídeo por meio dos juízes de conteúdo e técnicos, chegou-se a quarta e última versão do roteiro, à versão final (APÊNDICE G).

A versão final do roteiro foi utilizada para a gravação das cenas do vídeo, para orientar a condução dos atos e as falas dos personagens, finalizado com 24 min.

#### **4.3.5 Pré-Produção: *Storyboard***

Para o desenvolvimento do *storyboard* contou-se com suporte técnico de uma profissional de desenho, que por meio de uma linguagem própria foi possível ilustrar os personagens, o ambiente e ações que estariam presentes no vídeo.

Figura 1: Ilustração dos personagens: **A**- Dra. Sara em seu consultório; **B**- Laura com seu bebê e Dona Maria ao seu lado, sentadas no consultório.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 2: Ilustração de cuidados com os recém-nascidos: C- Amamentação; e D- Banho de sol.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 3: E- Laura com seu bebê, Marcos e Dona Maria sorridentes e demonstrando confiança



Fonte: Elaboração própria.

#### 4.4 Produção e Pós-Produção do Vídeo

Para a etapa de produção do vídeo contou com a participação de alguns membros do grupo artístico “As Florences” da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, formado por acadêmicos do curso de Enfermagem de diversos semestres, onde atuaram no vídeo, uma vez que desenvolvem atividades de teatro. Dentre os participantes, foram 2 atrizes e 1 ator que se adequaram às características dos personagens do vídeo. Contou-se, com uma criança para fazer as cenas de alguns cuidados pontuais.

Para a gravação, contou-se com o trabalho de 4 profissionais especialistas na área de produção de vídeos, os quais dispunham do equipamento técnico profissional necessário, tais como câmeras profissionais, tripés, iluminação e anteparos apropriados.

A gravação do vídeo durou um dia. Primeiramente, procedeu-se a gravação das cenas realizadas no cenário da Unidade Básica de Saúde, bem como as cenas externas e as cenas com a criança. Todas as cenas foram gravadas nos Laboratórios de Saúde Materno Infantil e demais dependências da UNILAB.

As filmagens foram realizadas em tomadas, isto é, intervalos de tempo entre o início e o término de cada gravação. Cada cena, portanto, foi formada por um conjunto de tomadas, e, conseqüentemente, o vídeo foi composto por um conjunto de cenas (BARBOSA, 2008).

Em seguida, alguns *letterings* foram gravados apenas no áudio (formato *off*) para que, posteriormente, no momento da edição, essas sobrepusessem cenas que orientavam acerca de alguns cuidados com recém-nascidos, bem como nas imagens e animações. A edição foi feita em uma média de 2 meses.

#### **4.5 Validação Aparente do Vídeo com o Público-Alvo**

Participaram dessa fase do estudo 25 pessoas, dentre gestantes (N=23; 92%), mães (N=1; 4%) e pai (N=1; 4%) de recém-nascidos, que estavam esperando atendimento nos Centros de Saúde das sedes de Redenção - CE e Acarape - CE, no período de janeiro a fevereiro de 2019.

A gestação constitui-se em um período propício para preparação corporal e emocional, pois é um momento em que dúvidas e curiosidades em relação ao parto e maternidade surgem e precisam ser sanadas. Nessa perspectiva, o enfermeiro pode intensificar o trabalho de educação, acolhimento, transmitindo a confiança necessária para que essas

gestantes possam conduzir com autonomia os cuidados com seus filhos, ou seja, momento oportuno para promover sua autoeficácia (AFONSO; AFONSO; JONES, 2015).

A Tabela 8 apresenta a distribuição das características sociodemográficas dos participantes do estudo.

**Tabela 8** – Distribuição das participantes do estudo segundo características sociodemográficas. Redenção, 2019

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Média (Desvio padrão)</b>
<b>Idade (n= 25)</b>			25,36 ( $\pm$ 4,86)
15 – 18	2	8,0	
19 – 29	19	76,0	
30 – 39	4	16,0	
<b>Estado civil (n= 25)</b>			
Com companheiro	21	84,0	
Sem companheiro	4	16,0	
<b>Anos de estudo (N=25)</b>			9,9 ( $\pm$ 2,55)
1 – 4	1	4,0	
5- 8	6	24,0	
9 – 11	12	48,0	
$\geq$ 13	6	24,0	
<b>Ocupação materna (n= 25)</b>			
Dona de casa	8	32,0	
Agricultora	7	28,0	
Estudante	6	24,0	
Outros	4	16,0	
<b>Renda per capita em salários mínimos (n= 25) *</b>			225,6 ( $\pm$ 226,25)
0 – $\frac{1}{4}$ SM	17	68,0	
$\frac{1}{4}$ SM – $\frac{1}{2}$ SM	6	24,0	
$\frac{1}{2}$ SM – 1 SM	2	8,0	
<b>Número de filhos (n= 25)</b>			
0	14	56,0	
1	7	28,0	
2	4	16,0	

A literatura tem retratado prejuízos na relação mãe-filho associados à menor renda e escolaridade, tendo em vista que mães com baixo nível socioeconômico podem apresentar maior incidência de padrões negativos quanto à capacidade de responder às necessidades da criança. Estes autores sugerem que, em contextos desfavoráveis, estas apresentariam maior dificuldade em reconhecer e responder aos sinais da criança, maior negatividade verbal, baixo calor afetivo, menor envolvimento e dariam menos suporte às atividades da criança. Ressaltam, ainda, que tais condições poderiam influenciar negativamente a qualidade da interação materna por constituírem fonte de estresse familiar (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Em um estudo realizado com dados secundários do estado Rio Grande do Norte, no período de 2003 à 2012, apresentou como fator de risco para a mortalidade neonatal precoce, a idade materna (menores de 20 anos e acima de 40 de idade), escolaridade materna (menor que 8 anos de estudos). Os riscos biológicos da gravidez em adolescentes tornam-se mais graves pelas condições psicológicas, socioeconômicas e culturais em que se enquadram a adolescente, pois geralmente são gestantes em condições socioeconomicamente desfavorecidas, onde há desnutrição, baixo nível de escolaridade e limitado acesso à assistência de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2016).

Por outro lado, mulheres com nove ou mais anos de estudo apresentam mais emoções positivas em relação ao filho e estabelecem melhor relação com este. A educação dos pais pode oferecer benefícios para além dos recursos materiais viabilizados pela renda, pois estes podem ter maior acesso a informações que podem influenciar o cuidado parental e as necessidades de desenvolvimento das crianças (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

A avaliação da população alvo segue como um importante passo para validação de material educativo (HARRIS *et al.*, 20165). Nesse caso, a avaliação do vídeo educativo no domínio compreensão, foi positiva como mostra a Tabela 9.

**Tabela 9** - Distribuição das respostas obtidas pelos participantes segundo os domínios de avaliação do material educativo. Redenção-CE, 2019. (N= 25)

<b>Domínios</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Compreensão</b>		
Consegue me informar sobre o sono do Recém-nascido?		
Sim	23	92,0
Não	2	8,0
Você pode citar os cuidados que devem ser realizados para higiene (banho, troca de fraldas, limpeza do coto umbilical) do RN?		
Sim	23	92,0
Não	2	8,0
Você pode me dizer a maneira correta de dar banho de sol?		
Sim	24	96,0
Não	1	4,0
Você poderia identificar as partes do vídeo que não entendeu ou achou difícil?		
Sim	5	20,0
Não	20	80,0
<b>Atratividade</b>		
Você teve vontade de assistir o vídeo até o fim?		
Sim	22	88,0
Não	3	12,0
<b>Aceitação Cultural</b>		



Tem algo nesse vídeo que você acha agressivo, ruim que a incomoda ou não concorda?		
Sim	3	12,0
Não	22	88,0
<b>Autoeficácia</b>		
Você acredita que pode seguir o que o vídeo mostra?		
Sim	23	92,0
Não	2	8,0
O vídeo sugeriu-lhe “pensar ou agir” sobre a sua saúde e a do seu filho (a)?		
Sim	25	100,0
Não	-	-
O vídeo fez com que você se sentisse mais confiante para cuidar do seu RN?		
Sim	25	100,0
Não	-	-
<b>Persuasão</b>		
Você pretende seguir as informações do vídeo para cuidar do seu RN?		
Sim	23	92,0
Não	2	8,0
Você acha que, caso tenha que informar alguma outra mulher a como prestar cuidados a seu filho (a), informaria conforme mostra o vídeo?		
Sim	24	96,0
Não	1	4,0

No domínio atratividade, a maior parte dos participantes relatou vontade de assistir ao vídeo até o final, alegando a importância das informações mostradas. Entretanto, apesar de 100% (N=25) das mães referirem clareza e relevância a todas as cenas apresentadas no vídeo, três referiram que ficou um pouco cansativo, por ser um vídeo relativamente longo.

Já no domínio de aceitação cultural, 3 participantes referiram que sentiram algum incômodo no momento em que assistiam ao vídeo, sendo que dois sugeriram que o áudio fosse melhorado e uma participante se incomodou com a cena do coto umbilical. Algumas mães ainda desconhecem os devidos cuidados com o coto umbilical ou fundamentam seus cuidados permeados por mitos e crenças perpassados de geração em geração. Estudo revelou que algumas utilizam moedas, óleo de amêndoas e até mesmo pó de pena de galinha, sola de sapato, entre outros sobre o coto umbilical, práticas populares altamente prejudiciais à saúde do RN, revelando a necessidade de uma padronização do cuidado cultural (ALMEIDA *et al.*, 2016).

Com relação ao domínio de autoeficácia, todos os participantes referiram que se sentiram mais confiantes em cuidar do seu RN, após assistir ao vídeo. E como a autoeficácia é uma variável modificável, sendo um fator que pode levar à mudança de comportamento em associação com a aquisição de conhecimento, visto que a mesma não se refere às habilidades

próprias em si mesmas, mas aos julgamentos de valor acerca do que cada pessoa pode fazer ou se sente capaz de fazer com suas habilidades individuais (BANDURA, 1997; BLANCO, 2010).

Assim, a autoeficácia irá interferir na quantidade de esforço que cada indivíduo irá dispensar e tempo em que irão persistir para transpor obstáculos e experiências adversas, no entanto, garante necessariamente o sucesso, mas a baixa autoeficácia certamente produz o fracasso (BANDURA, 1977).

No domínio persuasão verbal 92% e 96% dos participantes pretendem seguir as orientações do vídeo para cuidar do seu RN e informaria a terceiros sobre tais cuidados como uma forma de disseminação e compartilhamento do conhecimento, respectivamente. A persuasão verbal segue como importante estratégia que viabiliza as possibilidades reais de convencer as pessoas de que elas podem realizar determinada ação.

Sendo uma das quatro fontes de autoeficácia, visto que as pessoas que são persuadidas no sentido de que possuem maior capacidade em desenvolver determinado comportamento, estão mais propensos a realmente realizar um esforço para chegar no resultado desejado (BANDURA, 1994).

Entretanto, uma participante referiu não seguir as orientações sobre aleitamento materno, apesar das evidências de benefícios do aleitamento materno, tanto para a saúde da criança quanto da mulher. Constata-se que os índices de amamentação estão aquém do que é recomendado pela OMS e, conseqüentemente, tanto a mãe quanto a criança não conseguem desfrutar plenamente dos benefícios desta prática a curto e em longo prazo, sendo a idade materna uma variável significativa para o ato do aleitamento materno, tendo um baixo índice entre mães adolescentes (CONDE *et al.*, 2017).

**Tabela 10** - Distribuição do grau de relevância com os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de cada cena, segundo a análise dos participantes. Redenção-CE, 2019.

Cenas	Cenas	I-CVI
1	Apresentação	0,93
2	Aspectos do sono	0,93
3	Higiene: oral e banho	0,97
4	Troca de fraldas	0,96
5	Higiene do coto umbilical	0,97
6	Cuidados com as roupas	0,96

7	Imunizações	0,97
8	Banho de sol	0,97
9	Aleitamento Materno	0,97
10	Cólicas	0,97
11	Encerramento: reforço da autoeficácia	0,96
	<b>S-CVI/Ave</b>	<b>0,96</b>

De acordo com a avaliação dos participantes, todas as cenas tiveram IVC acima de 0,80 (IVC individual e global), sendo considerado de grande relevância para a população alvo. Esta avaliação positiva infere uma eficiência e eficácia do material elaborado no que concerne seu objetivo de promover a autoeficácia de mães e familiares nos cuidados com recém-nascidos.

Em relação ao instrumento avaliativo do material educativo produzido, pode-se constatar que o vídeo “Cuidando do seu bebê” teve boa compreensão, apresentou cenas que promoveram atratividade e autoeficácia, além de ter tido uma linguagem que favoreceu aceitação cultural e persuasão por parte do público alvo. Destaca-se considerar que, se um participante não entendeu, outros tantos poderão também não o entender e isso significa que o material necessita ser modificado (BASKWILL; SUMPTON, 2015). Diferente do seguinte material que foi produzido e testado.

Vale salientar que validar o material educativo com representantes do público-alvo é uma atitude necessária e um ganho importante para o pesquisador e equipe envolvida. É um momento em que se dá conta do que realmente está faltando, do que não foi compreendido e da distância que existe entre o que se escreve e o que se é entendido e como é entendido.

A avaliação positiva do vídeo educativo pela população para quem ele foi produzido, denota qualidade ao material produzido possibilitando alcançar seu objetivo de promover educação em saúde, com melhoria do conhecimento e empoderamento deste público.

## 5 CONCLUSÕES

Frente a proposta do estudo de desenvolvimento de um vídeo educativo para a promoção da autoeficácia de mães e familiares nos cuidados com recém-nascidos, foram alcançados os seguintes achados:

- O conteúdo do vídeo “Cuidando do seu bebê” foi baseado em buscas em fontes da literatura, documentos oficiais e site do Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Americana de Pediatria e artigos científicos indexados em base de dados confiáveis. Assim, surgiram algumas categorias referentes aos principais cuidados que devem ser prestados aos recém-nascidos por seus familiares e cuidadores;
- Ainda para a elaboração do conteúdo do vídeo, foi realizado um levantamento com a população alvo sobre as principais dúvidas, sendo possível avaliar seus conhecimentos acerca dos cuidados que devem ser prestados aos recém-nascidos no domicílio. Assim, foram identificadas lacunas nos conhecimentos deste público, bem como a influência de hábitos culturais e mitos que por vezes podem prejudicar a saúde das crianças;
- A elaboração do roteiro resultou em quatro versões, de modo que a terceira versão foi submetida à validação por parte de 24 juízes de conteúdo, sendo profissionais da saúde (sendo 15 juízes docentes e 9 juízes assistenciais) e 3 juízes técnicos (da área da comunicação), com experiência na produção de vídeos educativos. Os resultados da validação do conteúdo do roteiro pelos juízes de conteúdo, o IVC global foi de 0,90, sendo a avaliação geral de 18 (75%) aprovaram com modificações e 6 (25%) apenas aprovaram, e na avaliação dos juízes da área técnica, o IVC global foi de 0,81, sendo que 2 dos juízes (66,7%) consideraram o vídeo aprovado com modificações, enquanto que 1 (33,3%), o julgou simplesmente como aprovado. Ressalta-se que todas as sugestões dos juízes foram consideradas na produção do vídeo, o qual totalizou 24 minutos.
- A versão final do roteiro (quarta versão) foi utilizada para a gravação das cenas do vídeo, para orientar a condução dos atos e as falas dos personagens.
- Na etapa de validação do vídeo educativo pela população-alvo, este foi analisado por 25 participantes, principalmente gestantes (92%). Estes participantes avaliaram positivamente os domínios de compreensão, a atratividade, a aceitação cultural, a autoeficácia e a persuasão verbal, bem como a relevância e a clareza em 100%. Foi

alcançado o IVC global de 0,90 significando excelente nível de concordância entre as mães no que diz respeito à relevância do conteúdo das cenas do vídeo.

O desenvolvimento do vídeo “Cuidando do seu bebê” obteve resultados positivos nos processos de validação com *experts* e com o público-alvo, o que conferiu maior credibilidade prévia ao material que se deseja utilizar como ferramenta de promoção e educação em saúde com a população. Dessa forma, de acordo com validação realizada pelos juízes e população-alvo, o material encontra-se válido para utilização pelos profissionais.

Embora o desenvolvimento desse estudo multi-métodos tenha seguido etapas criteriosas de avaliação, identificou-se uma limitação: seria relevante o acréscimo de uma etapa de avaliação e validação do vídeo já produzido (filmado e editado) pelos juízes de conteúdo e técnicos, já que os mesmos tiveram a oportunidade de validar apenas o roteiro do vídeo. Recomenda-se ainda o desenvolvimento de estudos para avaliar a eficiência deste material em elevar a autoeficácia de mães e familiares nos cuidados com os recém-nascidos.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. TASK FORCE ON SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME. **Pediatrics**, v. 138, n. 5, 2016, p. e20162938. DOI: 10.1542/peds.2016-2938.
- ADEBOWALE, A. S.; YUSUF, B. O.; FAGBAMIGBE, A. F. A probabilidade de sobrevivência e os preditores para mulheres experimentam a morte na infância na Nigéria: "análise dos diferenciais norte-sul". **BMC Public Health**, v. 12, p. 430, p: 22691616, 2012.
- ADRIANO, L. S. M.; FREIRE, I. L. S.; PINTO, J. T. J. M. Cuidados intensivos com a pele do recém-nascido pré-termo. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p.173- 80, 2009.
- AFONSO, J. A.; AFONSO, K. K.; JONES, K. M. Percepção das gestantes frente ao pré-natal prestado pelo enfermeiro. **RBPeCS**, v. 2, n. 1, p.22-26, 2015.
- ALMEIDA, J. M.; LINHARES, E. F.; DIAS, J. A. A.; LÔBO, M. P.; REIS, A. S. F.; NERY, P. I. G. Prática educativa no cuidado ao coto umbilical: relato de experiência. **Rev enferm UFPE [online]**, v. 10, Supl. 5, p.4383-8, nov. 2016.
- ANDRADE, D.R.S; LORENZINI, E; SILVA, E.F. Conhecimento de mães sobre o calendário de vacinação e fatores que levam ao atraso vacinal infantil. **Cogitare Enferm**, v. 19, n. 1, p. 94-100, 2014.
- ANDRADE, L. C. O.; SANTOS, M. S.; AIRES, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B. Conhecimento de puérperas internadas em um alojamento conjunto acerca da higiene do neonato. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n. 1, p. 99-105, 2012.
- ANDRADE, M. M. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação** – Noções práticas. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- ANJOS, S. J. S. B. **Vídeo educativo como tecnologia de apoio à prevenção do câncer de colo uterino**. 2011. 167f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.
- ARANGO, Hector Gustavo. **Bioestatística: teórica e computacional**.3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ARAÚJO, B. B. M.; ESTEVES, S. X.; CARDOSO, E. S.; MEIRELLES, J. N. L.; DIAS, C. M. B. A enfermagem e os (des) cuidados com a pele do prematuro. **Rev. pesquis. cuid. fundam.**, v.4, n.3, jul./set, p.2679-91. 2012.
- AREDES, N.D.A; SANTOS, R.C.A; FONSECA, L.M.M. Skin care of premature newborn recém-nascidos: integrative review. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 19, n. 1, p. a59, 2017.
- ASHAVER, D.; IGYUVE, S.M. The use of audio-visual materials in the teaching and learning processes in colleges of education in Benue State-Nigeria. **J Res Method Educ.**, v. 1, n. 6, p.44-55, may./jun. 2013.
- BANDURA A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychol. Rev.**; v. 84, n. 2, p.191-215, 1977.

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

BARBOSA, R. C. M. Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho. **Rev Bras de Enferm**, v. 64, n. 2, p.328-334, 2011.

BARBOSA, R.C.M. **Validação de um vídeo educativo para a promoção do apego seguro entre mãe soropositiva para o HIV e seu filho**. 2008. 156f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

BARDIN, L. Análise do Conteúdo. **Lisboa**: Edições 70; 2011.

BIZERRA, R. L. *et al.* Autoeficácia em amamentar entre mães adolescentes. **Rev. Ele. Enf.**, v. 7, n. 3, p.1-8, 2015.

BOTELHO, M. S.; BOERY, O. S. N. R.; VILELA, A. B. A.; SANTOS, W. S.; PINTO, L. S.; RIBEIRO, V. M.; MACHADO, J. C. O cuidado materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 929-934, 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lei nº 8.069/90**. Brasília, DF; Congresso Nacional, 1990.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2012b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_profissionais\\_v1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf). Acesso em: 12 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da criança: menino**. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da saúde, 10 ed [internet]. 2015. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menino\\_10ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf). 2015a. Acesso em: 18 maio. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Maternidade: saiba como deve ser feita a higienização de bebês**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/30843-maternidade-saiba-como-deve-ser-feita-a-higienizacao-de-bebes>. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 12 jan. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 4 v.: il. Conteúdo (BRASIL 2014a). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v3.pdf). Acesso em 13 jan. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://goo.gl/7sPwsY>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://goo.gl/CQbROJ>. Acesso em: 17 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de **Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015b.

BUNCHAFT, A.F.; GONDIM, S.M.G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 2, p.63-77, 2004.

CAMPOS, A. C. S., & CARDOSO, M. V. L. M. L. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. Florianópolis. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 1, p.36-44, 2008.

CASTILHO, S.D; RACHED, C. R. Hábitos de exposição de lactentes ao sol. **Rev. Ciênc. Méd., Campinas**, v. 19, n. 1-6, p. 43-52, jan./dez., 2010.  
DOI: <https://DOI.org/10.24220/2318-0897v19n1/6a828>.

CAVALCANTE, M. C. V.; LAMY FILHO, F.; FRANÇA, A. K. T. DA C.; LAMY, Z. C. Relação mãe-filho e fatores associados: análise hierarquizada de base populacional em uma capital do Brasil-Estudo BRISA. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 5, p. 1683-Disponível em: <https://DOI.org/10.1590/1413-81232017225.21722015>.

CENTER ON THE DEVELOPING CHILD. The foundations of lifelong health are built in early childhood. Cambridge, MA: Harvard University; 2010. Disponível em: [http://developingchild.harvard.edu/resources/reports\\_and\\_working\\_papers/foundations-oflifelong-health/](http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/foundations-oflifelong-health/). Acesso em: 16 ago. 2014.

CESAR, J. A. *et al.* Intenção das mães em colocar o bebê para dormir em decúbito dorsal: um estudo de base populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p.501-508, fev. 2018 .

CHIESA, A.M. *et al.* A construção de tecnologias de atenção em saúde com base na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, v. 43, n. 2, p. 1352-1357, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a36v43s2.pdf>.

COMPARATO, D. **Da criação ao roteiro: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2009.

CONDE, R. G.; GUIMARÃES, C. M. DE SÁ.; GOMES-SPONHOLZ, F. A.; ORIÁ, M. O B.; MONTEIRO, J. C. S. Autoeficácia na amamentação e duração do aleitamento materno exclusivo entre mães adolescentes. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 383-389, ago. 2017.



- CYPEL, S. (Org.). **Fundamentos do desenvolvimento infantil: da gestação aos 3 anos**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.
- DAVID, W.; HOCKENBERRY, M. J. **Wong - Fundamentos de Enfermagem Pediátrica** - 9ª Ed. / Tradução: Maria Inês Correa Nascimento. Rio de Janeiro: Elsevier / Medicina Nacionais, 2014.
- DIAS, C.A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação & Sociedade: Estudos**, v.10, n.2, p.1-12, 2000.
- DOAK, C.C.; DOAK, L.G.; ROOT, J. **Teaching patients with low literacy skills**. Philadelphia (PA): J.B.Lippincott, 1996.
- DODT, R. C. M.; FERREIRA, A. M. V.; NASCIMENTO, L. A.; MACÊDO, A. C.; JOVENTINO, E. S.; XIMENES, L. B. Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. **Texto contexto – enferm**, v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.
- DODT, R.C.M.; XIMENES, L.B.; ORIÁ, M.O.B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento Materno. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 225-30, 2012.
- DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011.168f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Universidade Federal do Ceará, 2011.
- DYER, J. A. Newborn skin care. **Semin Perinatol**. v. 37, n. 1, p. 3-7, feb. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/DrNhM6>. Acesso: 09 jan. 2018.
- DUARTE, E. D. The role of the family in care delivery to hospitalized newborns: possibilities and challenges towards comprehensive care. **Texto contexto-enferm**. v. 21, n. 4, p. 870-8, 2012., Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400018>.
- FAGBEMIGBE, A. F.; ALABI, O. Diferenciais e Correlatos da Mortalidade Infantil na Nigéria: uma análise comparativa da sobrevivência entre o Nordeste e o Sudoeste. **Int. J. Trop. Dis. Curar**, v. 4, p. 869-86, 2014.
- FARIA, T.F; KAMADA, I. Lesiones de la piel en neonatos en cuidados intensivos neonatales. **Revista Enfermería Global**, v. 49, n. 1, p.220-8, 2018.
- FEHRING, R. Validating diagnostic labels: Standardized methodology. In: HURLEY, M.E. (ed.). **Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the sixth conference** (pp.183-190). St.Louis, MO: Mosby, 1986.
- FERNANDES, J. D.; MACHADO, M. C.; OLIVEIRA, Z. N. Children and newborn skin care and prevention. **An Bras Dermatol.**, v. 86, p.102-110, 2011.
- FIORENTINI, L.M.R.; CARNEIRO, V.L.Q. **TV na escola e os desafios de hoje: curso de extensão para professores do ensino fundamental e médio da rede pública**. UniRede. 2. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.
- FONSECA, L. M. M. S.; SCOCHI, C. G.S. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. **Ribeirão Preto-SP: FIERp**, v.64, 2009. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados\\_bebe\\_prematuro\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_bebe_prematuro_3ed.pdf).

FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M.; MELLO, D.F.; SILVA, M.A.I.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a Enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.15, n.1, p.190-6, 2011.

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

FONSECA, S.C; FLORES, P.V.G; CAMARGO, JR.K.R; PINHEIRO, R.S; COELI, C.M. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 94, p.1-7, 2015.

FONTENELE, F. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. **Rev. esc. enferm. USP.**, v.45, n.1, p.130-37, 2011.

FONTENELE, F. C.; PAGLIUCA, L. M. F.; CARDOSO, M. V. L. M. Cuidados com a pele do recém-nascido: análise de conceito. **Esc. Anna Nery.**, v.16, n. 3, p.480- 485, set. 2012.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 19.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. 150p.

GAIVA, M. A. M.; FUJIMORI, E.; SATO, A. P. S. Mortalidade neonatal: análise das causas evitáveis. **Rev enferm UERJ**, v.23, n.2, p. 247-253, 2015.

GIRÃO, R.A.N. **Cólica infantil: causas, sintomas e tratamento** [monografia]. Coimbra: Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra; 2016.

GOMES, A.L.M; ROCHA, C.R; HENRIQUE, D.M; SANTOS, A.M; SILVA, L.R. Conhecimentos de familiares sobre os cuidados com recém-nascidos. Revista da **Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.16, n.2, p.258-265, 2015.

GOMES, D. T.; DIAS, L. L.; ALMEIDA, N. F.; MAGACHO, E. J. C.; SOUZA, A. B. Q.; LOPES, M H. B. Ml. Assistência ao pré-natal: perfil de atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev. Enf-UFJF**, v.1, n.1, p.95-103, 2015.

GURGEL, A. H.; OLIVEIRA, J. M.; SHERLOCK, M. S. M. Ser-mãe: compreensão dos significados e atitudes de cuidado com o recém-nascido no aleitamento materno. **Rev. Rene**, Fortaleza, v.10, n.1, p.131-138, 2009.

HOEL, D.G; BERWICK, M; GRUIJL, F.R; HOLICK, M.F. The risks and benefits of sun exposure. **Dermato-Endocrinology**, v.8, n.1, p.17, e1248325, 2016.

HOTELLING, B. Newborn Capabilities: Parent Teaching is a Necessity. **The Journal of Perinatal Education**, v.13, n.4, p.43-49, 2004. DOI:10.1624/105812404X6225

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R.; BROWNER, W.S; GRADY, D.; HEARST, N.; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 35, n.2, p.115-21, 2001.

IMDAD, A; BAUTISTA, R.M.M; SENEN, K.A.A; UY, M.E.V; MANTARING III, J.B; BHUTTA, Z.A. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, v.31, may. 2013. Art. No.: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade - Censo 2010**. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23#topo\\_piramide](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23#topo_piramide). Acesso em: 06 abr. 2012.

JABRAEILI, M.; RASOOLI, A. S.; HOSSEINE, S. M. B. S.; GHOJAZADEH, M.; SAFAEI, A. The Effect of Tub Bathing on Body Temperature in Preterm Infants: Randomized Clinical Trial. **ebcj**. v. 5, n. 2, p. 57-64, 2015. Disponível em: [http://ebcj.mums.ac.ir/article\\_4550.html](http://ebcj.mums.ac.ir/article_4550.html). Acesso em: 14 jan. 2018.

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

JOHNSON, D. Focus groups. In: ZWEIZIG, D. *et al.* **Tell it! Evaluation sourcebook & training manual**. Madison: SLIS, 1994.

JOVENTINO, E. S. **Elaboração e validação de vídeo educativo para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2013. Doutorado (Tese) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2013a.

JOVENTINO, E. S.; ORIÁ, M.O.B.; SAWADA, N. O.; XIMENES, L. B. Validação aparente e de conteúdo da escala de autoeficácia materna para prevenção da diarreia infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v.21, p.1-9, 2013b.

JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.B.; ALMEIDA, P.C.; ORIA, M.O.B. The Maternal Self-efficacy Scale for Preventing Early Childhood Diarrhea: Validity and Reliability. **Public Health Nurs.**, v.30, n.2, p.150-158, 2013c.

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](http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=5676). Acesso em: 08 abr. 2012d.

KELLAMS, A.; PARKER, M.G; GELLER, N.L; MOON, R. Y; COLSON, E.R; DRAKE, E; CORWIN, M.J; MCCLAIN, M; GOLDEN, W.C; HAUCK, F.R. Today's Baby Quality Improvement: Safe Sleep Teaching and Role Modeling in 8 US Maternity Units. **Pediatrics**, v.140, n.5, oct. 2017. DOI: 10.1542/peds.2017-1816.

KINDEM, G.; MUSBURGER, R. B. **Introduction to media production: from analog to digital**. 3. ed. Boston: Focal Press, 2005.

LANSKY, S.; LIMA FRICHE, A. A.; SILVA, A. A.; CAMPOS, D.; AZEVEDO BITTENCOURT, S.D.; CARVALHO, M. L. *et al.* Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. **Cad.Saúde Pública**, v. 30, supl.1, p.192-207, 2014.

LIAW, J. J.; YANG, L.; YUH, Y. S.; YIN, T. Effects of tub bathing procedures on preterm infants' behavior. **J Nurs Res.** v. 14, n. 4, p. 297-305, dec. 2006. Disponível em: <https://goo.gl/pqU1NJ>.

LINHARES, E. F. **A saúde do coto umbilical.** /Eliane Fonseca Linhares.- 3ª.ed.- Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.

LINHARES, F. E. **A Saúde do Coto Umbilical.** Jequié / BA Outubro / 2011. 3ª ed. CARTILHA. Disponível: [http://www.uesb.br/links/2012/02/saude\\_colo\\_umbilical.pdf](http://www.uesb.br/links/2012/02/saude_colo_umbilical.pdf). Acesso em: 13 jan. 2018.

LIU, L.; OZA, S.; HOGAN, D.; PERIN, J.; RUDAN, I.; LAWN, J.E.; *et al.* Global, regional, and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis. **Lancet**, v.385, p.430-440, 2015.

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

LOPES, M.V.O. **Validação de software educativo para auxílio ao ensino de Sinais Vitais.** 2001. 122f. Tese (Doutorado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

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

MALDONADO; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos.** São Paulo: Integrare, 2010.

MARTHA, D.; SOUSA, V.D.; MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n.5, p.1046-1049, 2007.

MATHEWS, A.; ODEN, R.; JOYNER, B.; HE, J.; MCCARTER, R.; MOON, R. Y. Differences in African-American Maternal Self-Efficacy Regarding Practices Impacting Risk for Sudden Infant Death. **Journal of community health.**, v. 41, n. 2, p. 244-249, 2016. DOI:10.1007/s10900-015-0088-z.

McCABE, C.; TIMMINS, F. Abraçando a tecnologia da saúde - Qual o caminho a seguir para a educação em enfermagem? **Nurse Education in Practice.** v. 21, p.104-106, nov 2016. DOI: <https://DOI.org/10.1016/j.nepr.2016.10.007>

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice.** Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MERHY, E. & ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social. Teoria. Método e criatividade**. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MIRANDA JOF, SANTOS DV DOS, CAMARGO CL, OLIVEIRA D, ROSA S, *et al.* Evidence for umbilical stump care practices: integrative review. **Rev enferm UFPE** [on line], v.10, Supl.2, p.821-9, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11025>.

MOON, R. Y.; HAUCK, F.R.; COLSON, E. R.; KELLAMS, A. L; GELLER, N. L.; HEEREN, T.; KERR, S. M.; DRAKE, E. E.; TANABE, K.;MCCLAIN, M.; CORWIN, M. J. The Effect of Nursing Quality Improvement and Mobile Health Interventions on Infant Sleep Practices. **JAMA**, v.318; n.4, p.351-359, 2017. DOI:10.1001/jama.2017.8982.

MORAES, A. F. Cultural diversity in health-related videos. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, v.12, n.27, p.811-822, out./dez. 2008.

MORAKINYO, O. M.; FAGBAMIGBE, A. F. Neonatal, infant and under-five mortalities in Nigeria: An examination of trends and drivers (2003-2013). **PLoS ONE**, v.12, n.8, e0182990, 2017. Disponível em: <https://DOI.org/10.1371/journal.pone.0182990>

MOTA, F. R. do N. **Adaptação transcultural e validação do Caregiver Reaction Assessment para uso no Brasil: Aplicação em cuidadores informais de idosos dependentes**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014

MÜLLER, E. B.; ZAMPIERI, M. F. M. Divergências em relação aos cuidados com o recém-nascido no centro obstétrico. **Esc Anna Nery**. v.18, n.2, p.247-256, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0247.pdf>.

MULLER., E. B; ZAMPIERI., M. F. M. Prática educativa com enfermeiras visando o cuidado humanizado ao recém-nascido no centro obstétrico. **Texto & Contexto.**, v.23, n.2, p.782-790, jul./set. 2014.

NASCIMENTO, L. A. do.; RODRIGUES, A. P.; JOVENTINCO, E. S.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. da C.; XIMENES, L. B. Validation of Educational Vídeo to Promote Self-Efficacy in Preventing Childhood Diarrhea. **Health**, v.7, p.192-200, 2015.

NEGRETTO, G.W. Development and evaluation of printed educational material to improve the medication compliance of pediatric patients after hospital discharge. **Revista HCPA**, v.31, n.4, p.443-450, 2011.

NIETSCHKE, E. A.; LIMA, M. G. R.; RODRIGUES, M. DA G. S.; TEIXEIRA, J. A.; OLIVEIRA, B. N. B.; MOTTA, C. A.; GRIBLER, C. S.; GRIBLER, V. M.; LUCAS, D. D. I.; FARIAS, M. K. F. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm. UFSM**, v.2, n.1, p.182-189, 2012.

NORWOOD, S. Research strategies for advanced practice nurses. Upper Saddle River (NJ): **Prentice Hall Health**; 2006.

NUNES, M. F. O. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: uma revisão. **Rev. bras. orientac. prof**, São Paulo , v. 9, n. 1, p. 29-42, jun. 2008. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-33902008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902008000100004&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 nov. 2017.

OLIVEIRA, C.S; CARNEIRO, F.A.S; OLIVEIRA, L.N. *et al.* Cuidados com a pele do recém-nascido prematuro: o conhecimento produzido por enfermeiros. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.1, p.419-36, 2015.

ORÍÁ, M. O. B. **Tradução, adaptação e validação de Breastfeeding Self-Efficacy Interventory: aplicação em gestantes**, 2008. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2008.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v.25, n.5, p.206-23, 1998.

PATTON, C; STILTNER D; WRIGHT,K.B; KAUTZ D.D. Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review. **Adv Neonatal Care**. v.15, n.1, p.8-22. fev 2015. DOI: 10.1097 / ANC.0000000000000145.

PEREIRA, M. S.; CLEMENTE, E. M.; SALVADOR, P. T. C. DE O.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. VIEIRA. O uso da tecnologia na assistência à saúde da criança: revisão integrativa da literatura nacional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.12, n.39, p.74-79, jan./mar. 2014.

PEREIRA, Marina Cortez *et al.* Sentimentos da puérpera primípara nos cuidados com o recém-nascido. **Cogitare Enferm.**, Alfenas, v.17, n.3, p.537-542, 2012.

PISCOTTY , R. J.; KALISCH , B.; GRACEY-THOMAS, A. .Impacto da tecnologia da informação médica na prática de enfermagem.**J. Nurs. Scholarsh.**, v.47, n. 4, p.287-293, 2015.

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**, 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: Artmed, 2011.

RABELO, M. Z. S. *et al.* Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul. Enferm.**, v.20, n.3, p.333-337, 2007.

RAMOS, E.M; SILVA, L.F; CURSINO, E.G; MACHADO, M.E.D; FERREIRA, D.S.P. O uso da massagem para alívio de cólica e gases em recém-nascido. **Rev. Enferm. UERJ** [Online], v.22, n.2, p.245-50, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13666>

RODRIGUES JR., J. C.; REBOUÇAS, C. B. A.; CASTRO, R. C. M. B.; OLIVEIRA, P. M. P.; ALMEIDA, P. C.; PAGLIUCA, L. M. F. Construção de vídeo educativo para a promoção da saúde ocular em escolares. **Texto Contexto Enferm.**, v.26, n.2, p: e06760015, 2017. DOI: <http://dx.DOI.org/10.1590/0104-07072017006760015>

RODRIGUES, A. P.; NASCIMENTO, L. A. do.; DODT, R. C. M.; ORÍÁ, M. O. B.; XIMENES, L. B. Validation of a flipchart for promotion of self-efficacy in breastfeeding. **Acta Paul Enferm**, v.26, n.6, p.586-593, 2013.

RODRIGUES, N.A; GOMES, A.C.G. Aleitamento materno: fatores determinantes do desmame precoce. **Enferm. Rev**, v.17, n.1, p.30-48, 2014.

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

ROLIM, K. M. C.; CAVALCANTE, R. C.; CAVALCANTE, J. F.; PINHEIRO, C. W.; MAGALHÃES, F. J.; ABREU, F. H.; VERGANISTA, I. F.; CAMPOS, A. C. S.; DANTA, J. O.; FROTA, M. A. Educação em Saúde às Gestantes: Estratégia de Promoção aos Cuidados do Recém-Nascido. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, p.1193-1201, 2016.

SABINO, L. M. M. **Cartilha educativa para promoção da autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil: elaboração e validação.** 2016. 171 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

SALVADOR, P. T. C.; OLIVEIRA, R. K. M.; COSTA, T. D.; SANTOS, V. E. P.; TOURINHO, F. S. V. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.111-117, 2012.

SANTANA, M. A. *et al.* Perfil de gestantes e acompanhantes das oficinas para o parto acompanhado. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.1, p.106-112, 2012.

SANTOS, M. C. L. *et al.* Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 1, n. 2, p. 140-149, 2007. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/374-8796-1-1227>.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.24, n.3, p.731-9, jul./ set. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/bDahMb>.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem. **RevEscEnferm USP.**, v.48, n.6, p.985-92, 2014.

SANTOS, S.V; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.24, n.3, p.731-9, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt\\_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf).

SCHMIDT, K. T.; SASSÁ, A. H.; VERONEZ, M.; HIGARASHI, I. H.; MARCON, S. S. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. **Esc Anna Nery.**, v.16, n.1, p.73- 81, 2012.

SILVA, L. N.; MOURA, C. M. A. B. Nursing care with the skin of newborn preterm. SILVA, M.J.; OLIVEIRA, T.M.; JOVENTINO, E.S.; MORAES, G.L.A. A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. **Rev. Eletr. Enf.**, v.10, n.1., p.124-136, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a11.htm>. Acesso em: 16 abr. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- SBP. **Sono do bebê: especialista dá todas as dicas** [Internet]. 2016. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/sono-do-bebe-especialista-da-todas-as-dicas/>. Acesso em: 11 jan. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- SBP. **Bebês devem dormir de barriga para cima** [Internet]. 2009. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/bebes-devem-dormir-de-barriga-para-cima/> Acesso em: 11 jan. 2018.

SOUZA, I.; SOUZA, M. A. Validação da escala de auto-eficácia geral percebida. **Rev. Univ. Rural. Sér. Ciências Humanas. Seropédica, RJ, EDUR.**, v. 26, n.1-2, p.12-17, 2004.

SPEHAR, M. C.; SEIDI, E. M. F. Percepções maternas no Método Canguru: contato pele a pele, amamentação e autoeficácia. **Psicol. Estud.**, Maringá, v.18, n.4, p.647-656, dec. 2013.

STEWART, D.; BENITZ, W. Umbilical cord care in the newborn infant. Committee on fetus and newborn. **American Academy of Pediatrics**, v.138, n.3, 2016. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/138/3/e20162149.full>.

STEWART, D; BENITZ, W; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. **Pediatrics**, v.138, n.3, e20162149; sep. 2016. DOI: 10.1542/peds.2016-2149.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Como operacionalizar um grupo focal. In: Tanaka O.Y.; Melo C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer**. São Paulo (SP): Edusp; 2001.

TEDDER, J. Teaching for Birth and Beyond: Online Program Incorporated Into a Birthing and Parenting Certification. **International Journal of Childbirth Education**, v.27, n.3, p. 65-68, 2012.

THE UNITED NATIONS CHILDREN' FUND- UNICEF; WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**. New York, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/gvFTyh>. Acesso: 10abr. 2017.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn 2013**. oct. 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?ua=1). Acesso em: 18 jan. 2018.

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

ULLAH, S; RAHMAN, K; HEDAYATI, M. Hyperbilirubinemia in Neonates: Types, Causes, Clinical Examinations, Preventive Measures and Treatments: A Narrative Review Article. **Iran J Public Health.**, v.45, n.5, p.558-68, 2016.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF); World Health Organization (WHO). **Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation**, Report 2015. Disponível em: [http://www.unicef.org/publications/files/Child\\_Mortality\\_Report\\_2015\\_Web\\_8\\_Sept\\_15.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_8_Sept_15.pdf)

URSI, E.S. Perioperative prevention of skin injury: an integrative literature review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.1, p.124-31, 2006.

VARGAS, P. B. *et al.* Experiência de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.30, n.1, p.335-343, 2016.



VAUGHN, S. *et al.* **Focus group interviews in education and psychology**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1996.

VIANNA H. M. **Testes em educação**. São Paulo: IBRASA, 1982.

WOHLGEMUTH, J. **Vídeo educativo: uma pedagogia audiovisual**. Brasília: Editora Senac-DF, 2005.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

#### A. Dados Demográficos:

1. Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ 2. Idade materna (DATA DE NASCIMENTO): \_\_\_\_\_ 3.  
 Cidade: \_\_\_\_\_ 4. Quanto tempo mora neste endereço? \_\_\_\_\_ (A=anos; M=Meses)

5. Escolaridade (será convertida em anos de estudo):

1. 1º grau incompleto, até \_\_\_ série      2. 1º grau completo      3. 2º grau incompleto, até \_\_\_ série  
 4. 2º grau completo      5. Graduação incompleta      6. Graduação completa      7. Nunca estudou

6. Estado civil: 1. Casada    2. União consensual    3. Solteira    4. Divorciada    5. Viúva

7. Ocupação: 1. Dona de casa    2. Vendedora    3. Costureira    4. Auxiliar de serviços gerais    5. Faxineira (Diarista)    6. Autônomo    7. Estudante    8. Agricultora    9. Professora    10. Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

8. Quantas pessoas moram na residência? \_\_\_\_\_ 9. Renda familiar (VALOR): \_\_\_\_\_ (\*Salário mínimo atual: R\$ 945,80)

10. Data Nasc. (Criança): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 11. Sexo: 1. Masc 2. Fem

12. A criança estuda atualmente? 1. Sim 2. Não 3. Nunca estudou

13. Quantas gestações a mãe teve? \_\_\_\_\_ 14. Quantas crianças nasceram vivas? \_\_\_\_\_

15. Quantos estão vivos? \_\_\_\_\_ 16. Sexo dos filhos: M (masc) \_\_\_\_\_ F (fem) \_\_\_\_\_

#### B. Condições Socioeconômicas e Sanitárias:

17. Tipo de casa? 1. Taipa 2. Tábua 3. Tijolo com reboco 4. Mista 5. Tijolo sem reboco

18. Qual o tipo de piso do domicílio? 1. Cerâmica 2. Cimento 3. Terra 4. Tábua 5. Misto

19. A água que abastece a casa é proveniente de onde?

1. Rede pública/encanada    2. Chafariz    3. Bomba    4. Poço/cacimba    5. Cisterna    6. Lagoa, riacho ou rio  
 7. Açude    8. Carro-pipa    9. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

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

21. Qual o tipo de esgoto da casa?

1. Rede pública 2. Fossa séptica/asséptica 3. Céu aberto 4. Desconhecido 5. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Sono: Qual o tempo ideal? Há momentos específicos? E quais as posições?
2. Higiene: qual a temperatura ideal da água? Tipos de sabões que podem ser usados? Há limite de quantidade e tempo?
3. Roupas: Quais os principais cuidados com as roupas?
4. Troca de fralda: Como realizar a troca de fralda? Quais produtos podem ser usados?
5. Coto umbilical: quais cuidados e como higienizar?
6. Imunizações: Quais são as vacinas que o RN deve tomar e para quê servem?
7. Banho de sol: Qual a importância? E como realizar essa prática de forma adequada?

8. Aleitamento materno: qual a posição correta? Existe um tempo adequado? Com realizar o revezamento entre as mamas? E qual a importância dessa prática?
9. Você possui alguma dúvida sobre algum cuidado com o recém-nascido?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO FASE EMPÍRICA

Cara Senhora,

Você está sendo convidado por Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino Melo, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Desenvolvimento de vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo é construir um vídeo educativo para motivá-la à realizar os cuidados ao seu filho recém-nascido. Para tanto, a senhora será submetida a uma entrevista, o que poderá fazer com que a senhora sinta-se fragilizada ao ser questionada sobre seus conhecimentos nos cuidados aos recém-nascidos. Entretanto, ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para aumento da qualidade de vida das crianças e a redução dos índices da mortalidade infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para responder a entrevista que durará, em média, 10 minutos. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada. Saliento que gravaremos parte da entrevista, caso a senhora permita, mas asseguramos que em nenhum momento estas gravações serão divulgadas, exceto entre a comunidade científica, mas de modo que não possam ser identificadas.

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

**Nome:** Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira     **Instituição:** UNILAB

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.     **Telefone para contato:** (85)999563973

**Nome:** Emanuella Silva Joventino Melo     **Instituição:** UNILAB

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.     **Telefone para contato:** (85)98775-3422

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB; Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. Telefone: (85) 3332- 1414 E-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br)

O abaixo assinado \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, RG: \_\_\_\_\_ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário:

Data:

Assinatura:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do pesquisador:

Data:

Assinatura:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o  
TCLE:

Data:

Assinatura:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**APÊNDICE C**  
**Carta-convite**

Prezado (a)

Eu, Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB, Redenção-Ceará/Brasil. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada “Desenvolvimento de vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos”, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Emanuella Silva Joventino Melo.

Solicito, por meio desta, a sua colaboração como especialista na temática Saúde Neonatal e saúde da criança. Sua participação envolverá a apreciação e a análise e de conteúdo dos componentes construídos para o vídeo. Sua participação é imprescindível em virtude da limitada quantidade de enfermeiros que trabalham com essa temática.

Caso deseje participar, pedimos que responda este *e-mail* o mais breve possível, expressando o veículo de comunicação de sua preferência (*e-mail* ou correspondência convencional). Caso manifesta a sua concordância, enviarei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as instruções para o preenchimento do instrumento, e o primeiro roteiro desenvolvido. Caso opte pela correspondência convencional, solicito ainda que nos remeta seu endereço postal completo e atualizado para o envio do material acima descrito.

**Gostaria, se possível, que a Sra. (o Sr.) indicasse mais enfermeiros especialistas nesta área que possam colaborar com nosso trabalho.**

Aguardamos sua resposta e, desde já, agradecemos o seu valioso apoio, oportunidade em que me coloco à sua disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira e Emanuella Silva Joventino Melo

[rhaianyklopes@gmail.com](mailto:rhaianyklopes@gmail.com), [ejoventino@unilab.edu.br](mailto:ejoventino@unilab.edu.br)

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**JUÍZES DE CONTEÚDO E TÉCNICO**

Caro (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado por Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino Melo, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Desenvolvimento de vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Como o objetivo do estudo é construir e validar um vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos, preciso submeter o roteiro deste à avaliação, por parte de dois grupos de especialistas, de conteúdo e técnico. Estes especialistas foram selecionados com base em critérios pré-estabelecidos, sendo você considerado um destes que satisfazem aos requisitos para participação em um dos dois grupos citados. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a redução dos índices da mortalidade neonatal e infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Logo, venho por meio deste convidá-lo (a) a participar do meu estudo na qualidade de consultor (juiz). Como tal, o (a) senhor (a) receberá uma cópia do roteiro do vídeo e um formulário para avaliação. Caso o senhor seja da área da enfermagem, será convidado a analisar o roteiro do vídeo como especialista de conteúdo, analisando-o quanto aos seguintes aspectos: o objetivo do vídeo que se quer validar; conteúdo do instrumento (estrutura e estratégias de apresentação); relevância e ambiente (o cenário em que vai ser apresentado o instrumento elaborado). Caso o senhor seja da área de comunicação, será convidado a participar do grupo de especialistas técnicos e, se aceitar participar, analisará o roteiro de acordo com os seguintes aspectos: funcionalidade, usabilidade e eficiência do vídeo.

Convido-o a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá além de sua disponibilidade de tempo para analisar/validar o roteiro do vídeo.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que, quando apresentar ou publicar o meu trabalho entre o meio acadêmico e de estudiosos sobre o assunto, não usarei o seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-lo (a).

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

**Nome:** Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira    **Instituição:** UNILAB  
**Endereço:** Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.    **Telefone para contato:**  
(85)999563973

**Nome:** Emanuella Silva Joventino Melo    **Instituição:** UNILAB  
**Endereço:** Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.    **Telefone para contato:**  
(85)98775-3422

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração



Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB; Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. Telefone: (85) 3332- 1414 E-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br)

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

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário:

Data:

Assinatura:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do pesquisador:

Data:

Assinatura:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o

Data:

Assinatura:

TCLE:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**APÊNDICE E**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**VALIDAÇÃO COM PÚBLICO ALVO**

Cara Senhora,

Você está sendo convidado por Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira, orientanda da profa. Emanuella Silva Joventino Melo, a participar como voluntário de uma pesquisa intitulada “Desenvolvimento de vídeo educativo para a promoção da autoeficácia nos cuidados aos recém-nascidos”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo do estudo foi construir um vídeo educativo para motivá-la à realizar os cuidados ao seu filho recém-nascido. Dessa forma, a senhora assistirá a primeira versão do vídeo gravado e seguirá para uma avaliação do mesmo por meio de um instrumento. Ressalto que sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para aumento da qualidade de vida das crianças e a redução dos índices da mortalidade infantil e favorecendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Para tanto, não receberá nenhum pagamento por participar da pesquisa.

Convido você a participar do presente estudo, sua participação é livre e exigirá sua disponibilidade de tempo para responder a entrevista avaliar o que durará, em média, de 30 minutos a 1 hora. Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo, serão usadas apenas para a realização do meu trabalho e, também, lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao estudo, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e não participar do estudo, sem que isto lhe traga nenhuma penalidade ou prejuízo. E, finalmente, informo-lhe que sua participação não permitirá sua identificação, exceto aos responsáveis pela pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os estudiosos do assunto, mas em nenhum momento sua identidade será divulgada. Saliento que gravaremos parte da entrevista, caso a senhora permita, mas asseguramos que em nenhum momento estas gravações serão divulgadas, exceto entre a comunidade científica, mas de modo que não possam ser identificadas.

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

**Nome:** Rhaiany Kelly Lopes de Oliveira    **Instituição:** UNILAB

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.    **Telefone para contato:** (85)999563973

**Nome:** Emanuella Silva Joventino Melo    **Instituição:** UNILAB

**Endereço:** Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil.    **Telefone para contato:** (85)98775-3422

**ATENÇÃO:** Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira- UNILAB; Endereço: Avenida da Abolição, 3-Centro. Redenção-CE-Brasil. Telefone: (85) 3332- 1414 E-mail: [cep@unilab.edu.br](mailto:cep@unilab.edu.br)

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

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do voluntário:

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

Nome do pesquisador:

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

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

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

## APÊNDICE F

### INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO VÍDEO PELA POPULAÇÃO-ALVO.

#### FORMULÁRIO

##### A. Dados Demográficos:

1. Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

2. Idade (Mãe): \_\_\_\_\_ 3. Endereço: \_\_\_\_\_

4. Quanto tempo mora neste endereço? \_\_\_\_\_ (A=anos; M=Meses)

5. Escolaridade (será convertida em anos de estudo):

1. 1º grau incompleto, até \_\_\_ série      2. 1º grau completo

3. 2º grau incompleto, até \_\_\_ série      4. 2º grau completo      5. Graduação incompleta

6. Graduação completa      7. Nunca estudou

6. Estado civil:

1. Casada      2. União consensual      3. Solteira      4. Divorciada      5. Viúva

7. Ocupação:      1. Dona de casa      2. Vendedora      3. Costureira

4. Auxiliar de serviços gerais      5. Faxineira (Diarista)

6. Autônomo      7. Estudante

8. Outros. Especificar: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

8. Quantas pessoas moram na residência? \_\_\_\_\_

9. Renda familiar: \_\_\_\_\_ (\*Salário mínimo atual: R\$ 998.00)

10. Quantas gestações a mãe teve? \_\_\_\_\_

11. Data Nasc. (Criança): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ (em meses)

12. Quantos abortos a mãe teve? \_\_\_\_\_

13. Quantas crianças nasceram vivas? \_\_\_\_\_

14. Quantos estão vivos? \_\_\_\_\_

15. Sexo dos filhos:      M (masc) \_\_\_\_\_      F (fem) \_\_\_\_\_

##### B. Condições Socioeconômicas e Sanitárias:

16. Tipo de casa?

1. Taipa      2. Tábua      3. Tijolo com reboco      4. Mista      5. Tijolo sem reboco

17. Qual o tipo de piso do domicílio?

1. Cerâmica      2. Cimento      3. Terra      4. Tábua

18. Qual o destino do lixo da sua residência?

1. Coleta regular/periódica      2. Lançado a céu aberto/rio      3. Queimado

4. Enterrado      5. Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

19. Existem moscas no domicílio?

1. O ano inteiro      2. No inverno (período chuvoso)

3. Às vezes (independente da época do ano)      4. Nunca aparece

20. A água que abastece a casa é proveniente de onde?

1. Rede pública/encanada      2. Chafariz      3. Bomba

4. Poço/cacimba      5. Cisterna      6. Lagoa, riacho ou rio

7. Açude      8. Carro-pipa      9. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

21. Qual a procedência da água que a criança consome?

1. Água mineral      2. Torneira      3. Outros: \_\_\_\_\_

22. Você realiza algum tratamento na água que a sua criança irá tomar?

1. Sim      2. Não      3. A criança só mama

23. Se sim, qual dos tratamentos listados abaixo?

1. Apenas ferve a água      2. Apenas filtra a água      3. Ferve e filtra a água

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

5. Coa através de um pano

6. Outro tratamento. Especificar: \_\_\_\_\_

**24. Qual a localização das torneiras do domicílio?**

1. Cozinha 2. Banheiro 3. Quintal 4. Outros. Especificar: \_\_\_\_\_

**25. Existe hoje sabão próximo às torneiras onde se lavam as mãos?**

1. Sim 2. Não

**26. Tipo de sanitário:**

1. Com descarga d'água 2. Sem descarga d'água 3. Sem sanitário

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

1. Rede pública 2. Fossa séptica/asséptica 3. Céu aberto

4. Desconhecido 5. Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

**28. Há na casa da criança um refrigerador funcionando hoje?**

1. Sim 2. Não

**II - QUESTIONÁRIO DISSERTATIVO PARA AVALIAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO (DOAK; DOAK; ROOT, 1996).**

Nível de avaliação	Fator a ser avaliado
Compreensão	<p>1. Comente sobre o que fala o vídeo.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. Diante do vídeo você pode me dizer quando ao sono de um recém-nascido?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>3. Ao assistir o vídeo você pode citar os cuidados que devem ser realizados para higiene (banho, troca de fraldas, limpeza do coto umbilical) do recém-nascido?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. Você pode me dizer a maneira correta de dá banho de sol e de oferecer o leite materno de forma correta? E falar sobre as imunizações do Recém-nascido?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>5. Você poderia identificar as partes do vídeo que não entendeu ou achou difícil?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Atratividade	<p>6. Você teve vontade de assistir ao vídeo até o fim? (Se não, poderia me dizer o porquê?)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>7. Você acredita que pode seguir o que o vídeo mostra?</p>

<p>Autoeficácia</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>8. Você necessita saber mais alguma coisa para seguir esta explicação? O que está faltando?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>9. Quais cuidados parecem mais importantes? Você já sabia de todos?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>10. Você gostaria que existisse alguma outra informação nesse vídeo que não tenha sido exposta?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Aceitação cultural</p>	<p>11. Tem alguma coisa nesse vídeo que você ache agressivo, ruim, que a incomoda?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>12. O que você gostou no vídeo? O que você não gostou no vídeo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Persuasão</p>	<p>13. Você pretende seguir as informações do vídeo para cuidar do seu filho (a)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>14. Você acha que, caso tenha que informar alguma outra mulher a como prestar cuidados a seu filho (a), informaria conforme mostra o vídeo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**III - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO QUANTO À COMPREENSÃO.**

<p>As cenas apresentadas sobre os principais cuidados que você deve ter com seu filho (a):</p>
<p>( ) Ajudam para que você tenha uma melhor compreensão sobre o assunto.</p>
<p>( ) Dificultam a compreensão do assunto.</p>
<p>( ) Outro. Qual? _____</p>

**IV - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO QUANTO À CLAREZA, RELEVÂNCIA E GRAU DE RELEVÂNCIA DOS ASSUNTOS ABORDADOS NO VÍDEO.**

<p>ASSUNTOS</p>	<p>CLAREZA</p>	<p>RELEVÂNCIA</p>	<p>GRAU DE RELEVÂNCIA</p>	<p>SUGESTÕES</p>
-----------------	----------------	-------------------	---------------------------	------------------

APRESENTAÇÃO	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 1 Chegada ao consultório	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 2 Sono	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 3 Banho	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 4 Troca de fraldas	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 5 Coto umbilical	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 6 Roupas	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 7 Imunizações	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 8 Banho de Sol	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 9 Aleitamento Materno	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 10 Cólicas	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	
CENA 11 Encerramento	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Sim 2. ( ) Não	1. ( ) Irrelevante 2. ( ) Pouco relevante 3. ( ) Realmente relevante 4. ( ) Muito relevante	

## V - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO

Em sua opinião, qualquer mulher que participar da atividade individual ou grupal com o vídeo educativo vai entender do que se trata?

( ) Sim ( ) Não

Você se sentiu motivada a assistir o vídeo até o final? ( ) Sim ( ) Não

O vídeo sugeriu-lhe “pensar ou agir” sobre a sua saúde e a do seu filho? ( ) Sim ( )  
Não

**VI - INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA AUTOEFICÁCIA MATERNA APÓS  
ASSISTIR AO VÍDEO EDUCATIVO**

O vídeo fez com que a senhora se sentisse confiante para cuidar do seu recém-nascido?  
( ) Sim ( ) Não



## APÊNDICE G – ROTEIRO DO VÍDEO

### CUIDANDO DO SEU BEBÊ

Ideias: O vídeo será desenvolvido em um consultório de enfermagem da UBS, onde chegará para consulta com a enfermeira da Unidade (Dra. Sara), uma puérpera (Laura) com seu RN (Pedro), e a mãe de Laura (Dona Maria) com várias dúvidas sobre os cuidados que devem ser prestados. Laura estará nervosa, pois vê-se confusa nas orientações que recebeu de vizinhos e familiares. Dessa forma, a Dra. Sara irá realizar as principais orientações sobre os cuidados com os RNs. Durante a consulta o pai de Pedrinho (Marcos) irá aparecer.

Cenário: Sala de consultório com uma mesa e cadeiras, em cima da mesa haverá alguns objetos, tais como, porta-canetas, papéis, um jarro de flores artificiais, o carimbo da enfermeira, alguns panfletos. Haverá também uma maca, um foco de luz, um armário com papeis e outros materiais. E em cima do armário um antropômetro. Nas paredes haverá alguns cartazes.

Tempo estimado: 25 minutos

CENA	VÍDEO	ÁUDIO
1	<p><b>Arte 1: Abertura com o título (“Cuidando do seu bebê”) – Lettering- e imagem de mãe com RN;</b></p> <p>- Laura com seu RN e sua mãe Maria chegam ao posto de saúde e pedem para falar com a enfermeira, a recepcionista as cumprimentam e aponta a sala 10 como consultório, ao chegar Laura baterá na porta do consultório com seu bebê no colo e sua mãe (Maria) ao seu lado. <b>(Aparentando nervosa)</b></p>	<p>-Música de Abertura; <i>(Fade out)</i></p> <p>-LAURA: Bom dia! Gostaria de Falar com a Dra. Sara.</p> <p>- RECEPTIONISTA: Bom dia, a Dra. Sara está em seu consultório preenchendo uns papéis. Na sala 10, ali.</p> <p>SOM DE BATIDA NA PORTA.</p> <p>SARA(<i>Off Screen</i>): Pode entrar.</p>
2	<p>- A enfermeira estará no consultório preenchendo umas fichas. Receberá as duas e pedirá para elas sentarem nas cadeiras de frente para sua mesa.</p>	<p>LAURA: Bom dia Dra. É que tô precisando da sua ajuda pra cuidar do Pedro.</p> <p>SARA: O que está acontecendo?</p> <p>LAURA: Estou com muitas dúvidas de como cuidar do meu bebê ele está com 10 dias de nascido. Quando eu saí da maternidade eu fui pra casa da minha mãe e cheguei ontem. Essa é minha mãe, Dona Maria!</p>

	<p><b>Cena externa: Na tela irá aparecer um berço com um lençol liso e fixo no colchão e o espaço sem travesseiros ou outro objeto que possa sufocar o RN. Em seguida Laura colocará seu bebê dentro do berço na posição supina.</b></p> <p>Voltando a cena para o consultório.</p>	<p>SARA: Sei, a sua Agente de Saúde me avisou, no dia que agendei pra fazer a visita domiciliar.</p> <p>MARIA: Olá! Eu tava ajudando a cuidar do Pedrinho, mas ela tá muito nervosa e pediu pra vir aqui.</p> <p>SARA: Tudo bem! Quais são suas dúvidas Laura?</p> <p>LAURA: São várias, é meu primeiro filho. Primeiro quero saber sobre o sono. Porque ele só come e dorme, tenho medo dele estar dormindo demais.</p> <p>SARA: Tudo bem, querida! Fique tranquila, estou aqui para ajudar. Em relação ao sono, um recém-nascido pode dormir até 18 horas por dia, sendo em horários espaçados. Para um sono de qualidade é importante cuidar bem do local que o bebe dorme. Isso também pode evitar acidentes.</p> <p><b>(Voice over)</b> E quando for colocar ele no berço, este deve estar com um lençol lisinho, sem travesseiros ou outros objetos que possa servir para sufocar seu bebê. Confira se não há nada no berço, nenhum inseto, brinquedo que possa machucar seu bebê. E a melhor posição para ele ficar é de barriga para cima, pois assim ele não vai sufocar.</p> <p>SARA: É importante lembrar de não deixar ele dormir por mais de 3 horas sem mamar.</p> <p>LAURA: Então, eu tenho que acordar ele para mamar?</p> <p>SARA: Sim e deve. Assim o seu bebe vai ficar forte/ganhar peso.</p> <p>MARIA: Ahhh... e não tem perigo dele se engasgar de barriga pra cima?</p> <p>SARA: Não, mas a senhora pode colocar a cabeça dele de lado. E é importante</p>
--	---	---

		colocar para arrotar depois de amamentar, pois ajuda a evitar o refluxo, ou golfada e alojó.
3	<p><b>Arte 2: Na tela irá aparecer os produtos que podem ser usados para o banho, em seguida os que não podem, aparecerá um V verde para os que podem ser utilizados e um X vermelho, para os que não podem ser usados.</b></p> <p>Volta a cena para o cenário, no consultório.</p> <p>Pausa durante a fala a enfermeira procura o termômetro e mostra a Laura e a Maria</p> <p>Entrará na sala o pai do Pedrinho, e irá se dirigir à Laura.</p> <p>Seguirá em direção ao filho, dará um beijo na cabeça e colocará a mão sobre o mesmo</p>	<p>MARIA: Dra. Ela quer que eu dê dois banhos por dia, mas eu só dou um.</p> <p>SARA: O banho vai de acordo com as condições de clima e da necessidade do bebê. Entretanto, você só pode dar 1 banho utilizando produtos de higiene. E se for necessário pode dar outros banhos, mas sem utilizar produtos de higiene.</p> <p><b>(Voice over).</b> É necessário também saber os tipos de produtos que você pode usar, o mais adequado é o sabonete glicerinado ou neutro. Então, deve ser evitado produtos com cheiro forte, a base de álcool, shampoo de adultos, pois podem irritar a pele do bebê. Em caso de dúvida, leia ou peça pra alguém ler o rótulo do produto.</p> <p>LAURA: E água pro banho tem que ser morna?</p> <p>SARA: A temperatura da água deve estar por volta de 36° a 37,5°C, para ajudar a manter a temperatura e o bebê não fica com muito frio, então tenha cuidado com corrente de ar em janelas ou portas. Você pode usar um termômetro para medir a temperatura da água, ou medir da parte interna do antebraço pra ver se não está muito quente. Isso porque o Pedro ainda não consegue controlar sua temperatura.</p> <p>LAURA: AAAAH...</p> <p>SOM DE BATIDA NA PORTA...</p> <p>MARCOS: Com licença, aconteceu alguma coisa? A vizinha me disse que você tinha vindo com o Pedrinho pra cá.</p> <p>LAURA: Não aconteceu nada, só vim tirar umas dúvidas.</p> <p>SARA: Bom dia! Tudo bem com o senhor?</p>

	<p>Marcos fará sinal positivo com a cabeça e se cumprimentam.</p> <p><b>Cena externa: Na tela será mostrado o passo a passo da higiene oral e do banho no RN.</b></p>	<p>Que bom que o senhor veio, eu ia começar a orientar quanto ao banho, então fique à vontade. Quero que toda família se sinta capaz de cuidar do Pedro.</p> <p><b>Primeiro vou orientar sobre a higiene da boca.</b></p> <p><b>(Voice over). Esta deve ser feita com um pano ou fralda limpa e umedecida com água fervida ou filtrada. Enrole em seu dedo indicador e vá passando na boca, gengivas e língua. Embora ele não tenha dentes, você deve realizar todos os dias, pelo menos duas vezes ao dia, após colocar ele pra arrotar.</b></p> <p><b>(Voice over) SARA:</b> Na hora do banho é importante tirar a roupa do bebê, já próximo à banheira.</p> <p>Iniciar limpando os olhos, no sentido do canto do nariz para a orelha e o resto da face com uma fralda limpa e úmida, sem sabão, em seguida você pode lavar a cabeça com o corpo fora da água, tapando os ouvidos para evitar que entre água, colocar uma quantidade pequena do sabonete neutro na mão e esfregar suavemente, em seguida enxaguar bem.</p> <p>Colocar ele na banheira, de barriga pra cima, e iniciar a limpeza no pescoço e da barriga e molhando e esfregando suavemente com um pouco de sabonete, enxaguar bem com cuidado para retirar o excesso de sabonete, lembrando de limpar todas as dobrinhas e enxaguá-las também.</p> <p>Vire-o com cuidado para que ele fique apoiado em seu braço, e repita o processo esfregando as costas e o bumbum e em seguida, enxaguando. Para a limpeza da região íntima, faça um movimento de frente para trás, tendo cuidado para retirar excessos de pomadas com movimentos suaves. Em caso de meninas, ter atenção para limpar todas as dobrinhas. Ao final enxugue-o com cuidado para evitar perda de calor.</p> <p><b>MARCOS:</b> Entendi, sabendo desse passo-a-passo eu também vou ser capaz de banhar o Pedro.</p>
--	---	--

		<p>SARA: Excelente! Fico feliz que tenha entendido.</p> <p>MARIA: Muito bem!</p>
4	<p>-Troca de fraldas Voltando a cena para o consultório.</p> <p><b>Cena externa: Mostrando o passo a passo de realizar a troca de fraldas de forma correta.</b></p>	<p>LAURA: Ah Dra. Sara, eu não estou usando pomada, porque fica muito pregada, eu uso o talco porque é mais fácil de limpar e eu acho cheirosinho.</p> <p>SARA: O uso do talco não é mais indicado.</p> <p>MARIA: Não? E porque? É tão cheirosinho...</p> <p>SARA: Por que o bebê pode respirar o talco e ficar sem fôlego, e isso ainda aumenta a chance dele desenvolver problemas respiratórios como pneumonia, asma, alergias.</p> <p>LAURA: Sério? Eu não sabia! III... parece que ele fez xixi.</p> <p>MARCOS: Agora vamos usar pomada.</p> <p>SARA: Existem pomadas mais e menos consistentes, algumas servem para prevenir e outras tratar assaduras.</p> <p>LAURA: Interessante!</p> <p>SARA: Pois é! Laura você deve trocar a fralda, sempre que o Pedro tiver feito xixi ou cocô. (Voice over). Primeiro você deve separar todo o material que for usar e lavar as mãos. Coloque o bebê sobre uma superfície plana que seja segura podendo ser acolchoada, remova os adesivos da fralda, vire o bebê de lado e a retire com cuidado para não vazar o conteúdo e num movimento único para baixo. Limpar com auxílio de um algodão úmido com água limpa, num movimento da frente para trás, da região da vagina, se for menina, ou do pênis, se for menino, para a região do bumbum. Se for necessário pode lavar com sabão neutro ou glicerinado, enxaguar bem e secar suavemente.</p>

	<p>Voltando a cena para o consultório.</p>	<p>Em meninos ter cuidado para limpar abaixo dos testículos ou saquinho. Evitar o uso de lenços umedecidos, pois podem conter fragrâncias que podem irritar a pele do bebê. É importante não deixar a pele úmida, então você deve sempre enxugar. Por fim use uma pomada para prevenir assaduras, colocando uma camada fina sobre a pele, prefira as mais cremosas que são mais fáceis de limpar, vou ti indicar algumas. Por fim, coloque uma nova fralda limpa.</p> <p>MARCOS: E porque fazer esse movimento de frente para trás?</p> <p>SARA: Para evitar a contaminação da região do bumbum para região do pênis ou vagina. Isso evita infecções urinárias, por exemplo.</p> <p>MARCOS: Ah sim, tá certo.</p>
5	<p>-Coto umbilical Voltando para cenário do consultório.</p> <p><b>Cena externa: Na tela irá aparecer a imagem da Laura limpando o coto umbilical de seu RN.</b></p> <p>Voltando para cenário do consultório.</p>	<p>LAURA: Ah sim, minha vizinha que me ensinou a limpar o umbigo dele, com álcool a 70%, porque eu consegui limpar do filho dela. No começo, eu fiquei com medo de doer, mas ela nem chorava e num instante sarou e caiu. Aí eu consigo limpar do meu do mesmo jeito.</p> <p>SARA: Muito bem, e como você fez?</p> <p>(Voice over) LAURA: Depois do banho eu enxugo direitinho com uma fraldinha limpa. Daí eu pego um cotonete limpo, molho no álcool à 70% e passo na base do umbigo, com cuidado pra não puxar, né. Depois eu passava no cordãozinho pendurado.</p> <p>SARA: Muito bem! É assim mesmo que devemos fazer. Essa higiene previne infecções e ajuda a sarar. Por exemplo, mau cheiro, secreções verdes ou amarelas e sangramentos são sinais de infecções, sendo necessário buscar um serviço de saúde. As vezes ele pode até chorar, mas é porque o álcool é gelado, mas não dói.</p>

6	<p>- Roupas</p> <p><b>Arte 3: Desenhos de roupas no varal; ferro de passar; balde e bacia.</b></p>	<p>LAURA: Dra essa minha vizinha mandou eu comprar sabão de coco pra lavar as roupas dele, porque ela disse que a filha dela quando era bebê assim, ficou com a pele toda vermelhinha e coçando, daí a enfermeira que trabalhava aqui, disse pra ela usar o sabão de coco, então eu comprei e tá dando certo.</p> <p>SARA: Isso mesmo, lave as roupas do bebê com sabões neutros, e não precisa de amaciante. O sabão de coco é uma ótima opção! É importante lavar as roupas dele separada do resto da família. <b>(Voice over)</b>. Use bacias e baldes exclusivos para seu bebê. Além disso, é necessário deixar secar ao sol, se possível, e sempre passar o ferro em todas as roupas, pois assim vai ajudar a matar os germes e evitar que ele tenha alguma alergia na pele.</p>
7	<p>- Imunizações</p> <p>A enfermeira irá pegar a caderneta que será entregue por Maria e olhará conferindo as vacinas.</p>	<p>MARIA: Ah Dra Sara! Tava me lembrando que lá na maternidade levaram ele pra tomar vacina, eu fiquei foi com dó dele.</p> <p>MARCOS: Vixe... eu morro de pena!</p> <p>SARA: Bom, Dona Maria e seu Marcos, que bom que as vacinas foram feitas. Pois elas são importantes meios para evitar doenças graves. Então mesmo que doa um pouco, é melhor do que o bebê adoecer. Certo?! Posso olhar a caderneta dele?</p> <p>MARIA: Pode sim... pega aqui! É né! Eu falei assim, mas eu sei que é importante.</p> <p>LAURA: Foi o que disse, num precisa ter pena, porque com as vacinas estamos protegendo ele.</p> <p>MARCOS: É verdade!</p> <p>SARA: Estou conferindo aqui as duas vacinas que o Pedrinho tomou. <b>(Voice over)</b>A BCG que é no braço, e deve aparecer uma ferida, que depois cicatriza e</p>

	<p><b>1ª foto: Pápula da BCG, mostrando a feridinha em seguida. (Lettering)</b></p> <p><b>2ª foto: Mostrar caderneta aprazada com lápis.</b></p>	<p>vai ficar uma marca, certo? Que é normal, essa vacina serve para prevenir as formas graves de tuberculose. E a outra é na coxa, pra prevenir a Hepatite B. As duas devem ser tomadas após o nascimento, e se por acaso, não forem feitas na maternidade, a mãe deve procurar o posto de saúde pra poder fazer.</p> <p>MARIA: Se não aparecer a ferida?</p> <p>SARA: Nesse caso, se não aparecer em seis meses ou não ficar a marca, é preciso repetir a vacina. E continue levando ele pro posto pra tomar as outras vacinas. Elas geralmente já vão vir marcadas com as datas de lápis na caderneta da criança. Tudo bem? Olha aqui, as próximas vacinas ele vai tomar em 2 meses.</p> <p>LAURA: Com certeza, eu vou trazer ele para tomar todas as vacinas!</p>
8	- Banho de sol	<p>SARA: Oh Laura, você está conseguindo dar banho de sol no Pedro? E como é que você está fazendo?</p> <p>MARIA: Ah! Sou eu que dou mais, mas a Laura também consegue dá! Olha Dra, eu dou de manhã cedo, deixo ele só de fraldinha, lá pelas 6:30 da manhã.</p> <p>SARA: Esse horário está muito bom. Por que o Ministério da Saúde recomenda antes das 10 horas pela manhã e após às 16 horas pela tarde. Mas sempre observe se o sol não está muito quente, porque as vezes 8 da manhã já está quente. E a Sociedade Brasileira de Pediatria Orienta que quanto maior a sombra melhor. Mas a senhora pode me dizer como faz? Assim, a posição que a senhora coloca ele.</p> <p>(Voice over) MARIA: Dra, eu coloco ele deitado nos meus braços, acho que meia hora, e fico andando na calçada pra cima e pra baixo.</p> <p>LAURA: Eu faço do mesmo jeito!</p>



	<p><b>Cena externa: Aparecerá cena de Dona Maria dando banho de sol no Pedrinho de forma correta.</b></p> <p>Voltando a cena para o consultório.</p>	<p>SARA: Certo, mas ele fica só em uma posição?</p> <p>MARIA: É!</p> <p>SARA: Ok! A maneira recomendada é deixar o Pedro no máximo uns 10 minutos de frente, pode proteger os olhos e 10 minutos de costas, sendo que ele deve ficar só de fraldinha mesmo.</p> <p>MARIA: Ai é? Agora sim, eu vou fazer do jeito certo!</p> <p>LAURA: Sabendo a forma correta, a gente perde o medo, então vou conseguir fazer!</p> <p>MARCOS: Eu também posso fazer, né!</p> <p>SARA: Com certeza, todos devem ajudar!</p>
9	<p>- Aleitamento materno</p> <p>A enfermeira fala olhando para as duas, e espera que elas confirmem com a cabeça.</p>	<p>SARA: E sobre a alimentação, como é que está?</p> <p>LAURA: Ah ele tá só mamando. Mas lá na maternidade eu quase que não tinha leite, aí eu sei que deram um leite pra ele. Depois que meu leite desceu, não falta mais.</p> <p>Dra. Sara esses últimos dias ele está chorando muito, será que meu leite é fraco ou tá saindo pouco leite? Penso que ele fica com fome direto.</p> <p>SARA: Leite materno não é fraco, está bem? Então fique tranquila. Ele é o alimento mais completo para o Pedro, pois ele tem os nutrientes que ele precisa, na quantidade certa, e ainda tem vários fatores de proteção, que vai evitar que ele adoça. Nos primeiros dias, o leite que sai é chamado de colostro, muito rico em fatores de proteção e nutrientes sendo o suficiente pro seu bebê. Então o leite do peito é o alimento ideal. E outra coisa, os bebês choram quando estão incomodados com alguma coisa, fome, fralda suja, cólica, frio, calor, saudade da mãe, ou até mesmo o próprio ambiente pode ser estressante para ele que ainda está se</p>

	<p>Dra.Sara dirige-se para Laura.</p> <p><b>3ª foto: tipo de leite materno. (Lettering) demonstrando os tipos de leite. Rico em água e rico em gorduras.</b></p> <p>Cena externa: Mãe amamentando seu bebê, e trocando de uma mama para outra.</p> <p>Voltando a cena para o consultório.</p>	<p>acostumando com o mundo. Então não é porque o leite é fraco. Então, Laura me diga quanto tempo ele passa mamando? E quanto tempo demora pra você oferecer o peito novamente?</p> <p>LAURA: Dra eu nunca contei os minutos que ele passa mamando não, mas assim, deixo ele mamar um pouquinho num peito, depois eu dou o outro.</p> <p>SARA: Entendi. Bom, você está certa em não controlar o tempo que ele passa mamando, porque o Ministério da Saúde orienta a livre demanda, ou seja, não controlar as horas e tempo das mamadas, é pra deixar ele mamar de forma livre. Mas é necessário que ele consiga esvaziar uma mama pra depois você oferecer a outra. Ok?</p> <p><i>(Voice over)</i> Porque o primeiro leite que sai é rico em água e fatores de proteção, ele é até mais clarinho, isso serve para hidratar seu bebê, depois é que vai sair um leite rico em gordura e calorias que vão nutrir seu bebê pra que ele cresça e ganhe peso, por isso é importante que ele mame até esvaziar uma mama.</p> <p>LAURA: Ai é? E se ele ficar satisfeito logo?</p> <p>SARA: Pronto, é agora que você vai fazer o revezamento ou troca das mamas de forma correta. <i>(Voice over)</i> Por exemplo, o Pedro começou a mamar no peito esquerdo até esvaziar, ou seja, não sair mais nada, daí você coloca ele pra mamar no peito direito e com pouco tempo ele larga o peito, na próxima mamada você deve oferecer o peito que ele mamou por último depois oferecer o outro e assim por diante.</p> <p>LAURA: Na primeira semana eu dava mais em um peito, porque o outro feriu, aí doía demais.</p>
--	---	---

	<p>Cena externa: Mãe amamentando seu bebê. (<b>Lettering</b>) mostrando os sinais de pega correta.</p>	<p>SARA: Isso pode acontecer devido á pega incorreta. E além disso, a pele do mamilo é sensível e o bebê suga forte, então é normal que incomode nos primeiros dias, depois passa. Mas pra você saber se ele está pegando o peito direitinho, você deve observar, algumas características:</p> <p><b>(Voice over)</b> Primeiro o tronco e a barriga do bebê devem estar voltados para você; A coluna dele desse estar alinhada no seu braço ou travesseiro; A cabeça do bebê apoiada na parte interno do cotovelo ou dobra do braço. As bochechas redondas que enchem na sucção, ou seja, quando ele sugar e o lábio inferior voltado para fora; A boca dele bem aberta, como boquinha de peixe, cobrindo maior parte da aréola inferior, que é a parte escura ao redor do bico; O queixo encostando na mama e o nariz livre. Dessa forma você não precisa apertar a mama em forma de tesoura e nem em cima, pra livrar o nariz dele, pois isso vai dificultar a saída do leite. Se você ouvir estalos na língua do bebê pode ser um sinal de pega incorreta e dor no mamilo. Além disso, você sabe por quanto tempo deve amamentar?</p> <p>LAURA: Seis meses?</p> <p>SARA: Até seis meses deve ser amamentação exclusiva sem chá, água ou outro alimento. Você precisa se alimentar e se hidratar muito bem, isso vai ajudar na produção do leite. Ok? E até dois anos de idade continue amamentando e dando alimentação complementar. Mas tudo no seu tempo, no decorrer das próximas consultas de puericultura vou orientar sobre isso.</p> <p>LAURA: Ótimo!</p>
--	--	---

<p>10</p>	<p>- Cólicas Volta a cena para o consultório.</p> <p>Dra. Sara vai mostrar como fazer a percursão abdominal para identificar som hipertimpânico (som de tambor), e todos vão até a maca.</p> <p>Dra. Sara irá mostrar os exercícios para Laura, Marcos e Maria</p>	<p>MARCOS: Eu tenho uma dúvida, quando é a gente sabe se ele tá com cólicas?</p> <p>SARA: Bom, não tem como ter certeza se ele tá com cólica ou não, entretanto um sinal seria o choro forte, que pode ocorrer por mais de 3 horas. Durante o choro você vai investigar se é fome, ou fralda suja, ou até mesmo colo.</p> <p>Se nada resolver, você pode ver se ele tá com a barriga fôfa, vamos colocar ele aqui na maca.</p> <p>Desse jeito, junte o dedo indicador com o médio e coloque sobre a barriga dele, com o indicador da outra mão dê algumas batidas. Se você ouvir um som de tambor, pode indicar acúmulo de gases.</p> <p>MARCOS: Entendi!</p> <p>LAURA: E o que eu posso fazer, porque minha mãe só quer que eu dê chá para ele.</p> <p>MARIA: Mas é bom um chazinho!</p> <p>SARA: Não tem necessidade de dar chá pro Pedro não, mesmo que ele esteja com cólicas. Vou mostrar alguns exercícios que vai facilitar a eliminação dos gases e aliviar as cólicas.</p> <p>Você pode fazer massagens na barriguinha dele, você pode esquentar suas mãos friccionando as duas, fazer movimentos circulares e suaves, sempre no sentido horário;</p> <p>Pode colocar ele sem roupinha em contato com sua barriga (barriga com barriga); ou aplicar compressas mornas na barriga dele, que o calor vai facilitar o movimento dos intestinos; Essas compressas podem ser bolsas térmicas com água morna ou até mesmo fraldas e panos limpos.</p> <p>LAURA: Posso passar o ferro nas fraldas?</p> <p>SARA: É uma alternativa, só ter cuidado pra que fique apenas morna e não quente. E em horários longe das mamadas, você pode flexionar os joelhos dele contra a barriga e em seguida esticar as perninhas,</p>
-----------	--	---



		MARCOS E LAURA: Tá certo!
11	<p>Do lado de fora do consultório, Laura sorridente fala com Marcos.</p> <p>Os três saem juntos.</p>	<p>LAURA: Agora sim, eu me sinto capaz e confiante para cuidar melhor do meu filho.</p> <p>MARCOS: E eu também, sei como ajudar!</p> <p>MÚSICA DE ENCERRAMENTO. <i>(Fade out)</i></p>

# **ANEXOS**

**ANEXO A**  
**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO**  
**ANALISTA DE CONTEÚDO**

1. Título: Cuidados com Recém-nascidos!

2. Nome do analista: \_\_\_\_\_

3. Storyline/Sinopse (conflito básico em 5 linhas):

---



---



---



---



---

**Avaliação do Analista:**

**Instruções:**

Em cada subitem responder com Sim (S) ou Não (N), conceituando o item geral com **Níveis de avaliação** (Excelente; Muito Bom; Bom; Regular; Regular Inferior; Pobre) e agregar um breve comentário justificativo.

**Sinta-se à vontade para escrever suas sugestões ou observações no próprio roteiro do vídeo.**

- **Conceito da ideia (Ideia:** Promoção da autoeficácia para os principais cuidados a serem prestados aos recém-nascidos).

1. Conteúdo temático relevante e atual? (S) (N)

2. Conteúdo coerente com objetivo do vídeo de promover a autoeficácia para os principais cuidados a serem prestados aos recém-nascidos? (S) (N)

3. Objetivo do vídeo é coerente com a realidade da prática de Enfermagem? (S) (N)

4. O contexto em que o vídeo se passa é evidente desde o primeiro momento? (S) (N)



5. As premissas expostas estão corretas? (S) (N)
6. As informações são compreensíveis? (S) (N)
7. As informações são suficientes? (S) (N)
8. Atendem aos objetivos de instituições que trabalham com cuidados com recém-nascidos? (S) (N)
9. É adequado para ser usado por profissionais de saúde? (S) (N)
10. O conteúdo aborda comportamentos? (S) (N)
11. Propõe ao telespectador mudança de comportamento? (S) (N)
12. Propõe à mãe sentir-se mais confiante/segura para realizar os cuidados com seu filho recém-nascido? (S) (N)
13. Acredita que poderá melhorar o conhecimento da mãe sobre os cuidados com seu filho recém-nascido? (S) (N)
14. Avaliação da ideia:  
Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- **Objetivos:** referem-se a propósitos, metas ou fins que se deseja atingir por meio do vídeo educativo.

12. O objetivo é evidente? (S) (N)
13. São coerentes com os objetivos propostos na pesquisa, de elevar a autoeficácia para os cuidados prestados aos recém-nascidos? (S) (N)

14. Os objetivos propostos são factíveis? (S) (N)

15. O número de cenas é suficiente para o alcance dos objetivos? (S) (N)

16. O tempo de duração é adequado para atingir os objetivos do vídeo? (S) (N)

17. Avaliação dos objetivos:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( );Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

• **Construção dramática (Abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final)**

16. O Ponto de partida do roteiro tem impacto? (S) (N)

17. Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce? (S) (N)

18. As cenas refletem estereótipos? (S) (N)

19. O vídeo motiva/ estimula as mães a aprenderem? (S) (N)

20. Avaliação da construção dramática:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- **Ritmo (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena)**

21. Cada cena motiva a próxima? (S) (N)

22. O ritmo é cansativo? (S) (N)

23. Avaliação do ritmo:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- **Personagens (Motivação, credibilidade, interação):**

24. Existe empatia com as personagens? (S) (N)

25. A apresentação das personagens e situações são suficientes? (S) (N)

26. As personagens lembram mães da realidade a qual o vídeo se propõe? (S) (N)

27. Avaliação das personagens:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- **Potencial dramático:**

28. Existe emoção? (S) (N)

29. Existem surpresas? (S) (N)

30. Avaliação do potencial dramático:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Diálogos (Tempo dramático):

31. Os diálogos têm naturalidade? (S) (N)

32. Oferecemos às personagens vocabulário adequado à população para a qual o vídeo se destina? (S) (N)

33. O vocabulário utiliza palavras comuns? (S) (N)

34. O estilo de voz ativa é utilizado? (S) (N)

35. Há conclusão? (S) (N)

36. Se sim, a conclusão atendeu aos objetivos propostos? (S) (N)

37. Avaliação dos diálogos:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Estilo visual (Estética):

38. As cenas refletem aspectos importantes para os cuidados com os recém-nascidos? (S) (N)

39. Avaliação do estilo visual:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

- Público referente:

40. O conteúdo de interesse (confiança em prestar cuidados aos recém-nascidos) tem relação direta com o público alvo (mães primíparas ou não, pais, familiares e profissionais)? (S) (N)

41. Existe identificação do público alvo com a problemática exposta? (S) (N)

42. A linguagem está compatível com nível de conhecimento do público alvo? (S) (N)

43. Como você acha que as mães presentes no vídeo educativo deveriam referir-se à enfermeira?

Enfermeira ( ) Pelo nome - Sara ( ) Doutora ( ) Outros( ).

Sugestões:

---



---



---

44. O conteúdo a ser lido (*lettering*) é adequado ao nível de leitura do público-alvo? (S) (N)

45. Avaliação da adequação do vídeo ao público-alvo:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- **Relevância:** Refere-se às características que avaliam o grau de significação dos itens (imagens e cenas) apresentados no roteiro do vídeo educativo.

41. O vídeo ilustra aspectos importantes para o aumento da autoeficácia nos cuidados prestados aos recém-nascidos? (S) (N)

42. As cenas do vídeo são relevantes para que a mãe possa sentir-se mais confiante em prestar os cuidados necessários ao seu filho recém-nascido? (S) (N)

43. O roteiro traz um resumo ou revisão? (S) (N)

- Estimativa de produção: possibilidade real de o roteiro virar um produto audiovisual.  
 Avaliação:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Reconhecendo a autoeficácia para prestar cuidados aos Recém-Nascidos, assinale se você reconheceu ou não cada uma das quatro fontes de autoeficácia no presente roteiro em análise.

Fonte de Autoeficácia	
1. O roteiro ressalta experiências pessoais?	1. Sim; 2. Não

2. O roteiro utiliza experiências vicárias, ou seja, terceiros como modelos a serem seguidos?	1. Sim; 2. Não
3. O roteiro utiliza a persuasão verbal?	1. Sim; 2. Não
4. O roteiro busca melhorar estados psicológicos e afetivos, aliviando tensões ou a ansiedade materna?	1. Sim; 2. Não

- Escreva suas sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Resultado do analista (Marque com um círculo):

1. Aprovado
2. Aprovado com modificações
3. Reprovado com qualidades
4. Reprovado

## ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES DE CONTEÚDO

ESPECIALISTA Nº. \_\_\_\_\_

### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escola onde se graduou: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Experiência com saúde da criança (em anos): \_\_\_\_\_

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO.

Se sim, qual a temática: \_\_\_\_\_

### 2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 1: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 2: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mestrado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Temática da dissertação: \_\_\_\_\_

Doutorado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Temática da tese: \_\_\_\_\_

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

Ocupação atual: 1. Assistência 2. Ensino 3. Pesquisa 4. Consultoria

### 3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO



## ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES TÉCNICOS

ESPECIALISTA Nº. \_\_\_\_\_

### 1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Escola onde se graduou: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Local de trabalho: \_\_\_\_\_

Área de atuação: \_\_\_\_\_

Experiência com vídeo educativo (em anos): \_\_\_\_\_

Experiência com comunicação audiovisual (em anos): \_\_\_\_\_

Participação em algum grupo/projeto de pesquisa: 1. SIM 2. NÃO.

Se sim, qual a temática: \_\_\_\_\_

### 2 – QUALIFICAÇÃO

Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 1: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Especialização 2: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Mestrado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Temática da dissertação: \_\_\_\_\_

Doutorado em: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Temática da tese: \_\_\_\_\_

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

Ocupação atual: \_\_\_\_\_

### 3 – TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

INSTITUIÇÃO	TEMPO DE ATUAÇÃO

### 4 - PUBLICAÇÕES

Trabalhos publicados na temática de vídeo educativo: 1. Sim ( ); 2. Não ( ). Quantos?

\_\_\_\_\_

**ANEXO D**

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ROTEIRO**

**ANALISTA TÉCNICO**

1. Título: Cuidados com Recém-nascidos!

2. Nome do analista: \_\_\_\_\_

3. Gênero: \_\_\_\_\_

4. Tempo de duração: \_\_\_\_\_

5. Story line (conflito básico em 5 linhas):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Avaliação do Analista:**

**Instruções:**

Em cada subitem responder com Sim (S) ou Não (N), conceituando o item geral com **Níveis de avaliação** (Excelente; Muito Bom; Bom; Regular; Regular Inferior; Pobre) e agregar um breve comentário justificativo.

**(Sinta-se à vontade para escrever suas sugestões ou observações no próprio roteiro do vídeo).**

- Conceito da ideia:

1. O roteiro é adequado ao objetivo que se propõe de elevar a confiança em cuidar do seu filho recém-nascido?(S) (N)
2. A ideia auxilia aprendizagem? (S) (N)
3. A ideia é acessível? (S) (N)

4. O roteiro é útil? **(S)** **(N)**

5. O roteiro é atrativo? **(S)** **(N)**

6. Avaliação da ideia:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

- Construção dramática (Abertura, conflito, desenvolvimento, clímax, final):

7. Ponto de partida do roteiro tem impacto? **(S)** **(N)**

8. Com o desenvolvimento do roteiro o interesse cresce? **(S)** **(N)**

9. Número de cenas é suficiente? **(S)** **(N)**

10. O tempo de duração é suficiente? **(S)** **(N)**

11. O roteiro tem apresentação agradável? **(S)** **(N)**

12. Avaliação da construção dramática:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

- Ritmo (Evolução dos momentos dramáticos, tipos de cena):

13. Existe uma atenção crescente, com curva dramática ascendente? (S) (N)

14. O ritmo é cansativo? (S) (N)

15. Há dinamismo dos ambientes? (S) (N)

16. As formas de apresentação das cenas são adequadas? (S) (N)

17. Avaliação do ritmo:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

- Personagens (Motivação, credibilidade, interação):

18. O perfil das personagens é original? (S) (N)

19. Os valores das personagens têm consistência? (S) (N)

20. Avaliação das personagens:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

- Potencial dramático:

21. É desenvolvida uma expectativa? (S) (N)

22. Avaliação do potencial dramático:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Diálogos (Tempo dramático):

23. No diálogo cada intervenção motiva outra? (S) (N)

24. Há aceleração da ação até o ponto culminante do clímax da história? (S) (N)

25. Avaliação:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Estilo visual (Estética):

26. Existem muitas repetições de cenário/ambiente? (S) (N)

27. As imagens são adequadas? (S) (N)

28. A estrutura geral é criativa? (S) (N)

29. Avaliação:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 
- 
- Público referente:

30. O conteúdo de interesse (confiança em prestar cuidados aos recém-nascidos) tem relação direta com o público alvo (mães/pais, familiares e profissionais de enfermagem)? (S) (N)

31. Avaliação:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

- Estimativa de produção:

32. Avaliação:

Excelente( ); Muito Bom ( ); Bom ( ); Regular ( ); Regular Inferior ( ); Pobre( )

**Comentário:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

- **Funcionalidade:** Refere-se às funções que são previstas pelo vídeo educativo.

32. O vídeo, como está no roteiro, propõe-se a elevar a confiança dos indivíduos em prestar os principais cuidados aos recém-nascidos? (S) (N)

33. O vídeo é capaz de gerar resultados positivos? (S) (N)

Sugestões:

---



---



---



---



---



---

- **Usabilidade:** Refere-se ao esforço necessário para usar o vídeo, bem como o julgamento individual desse uso por um conjunto explícito ou implícito de usuários.

34. É fácil de aprender os conceitos utilizados e suas aplicações? (S) (N)

36. Permite que a mãe tenha controle das atividades nele apresentadas, sendo fácil de aplicar?  
(S) (N)

37. Fornece ajuda de forma clara? (S) (N)

38. Fornece ajuda de forma completa? (S) (N)

39. Fornece ajuda sem ser cansativo? (S) (N)

Sugestões:

---



---



---



---



---

- **Eficiência:** Refere-se ao relacionamento entre o nível de desempenho do vídeo e a quantidade de recursos usados sob condições estabelecidas.

38. O tempo proposto é adequado para que a usuária aprenda o conteúdo? (S) (N)

39. O tempo proposto é adequado para que a usuária possa se sentir mais confiante cuidar de recém-nascido? (S) (N)

39. O número de cenas está coerente com o tempo proposto para o vídeo? (S) (N)

40. O número e a caracterização dos personagens atendem ao objetivo proposto? (S) (N)

41. O discurso entre os personagens é usado de forma eficiente e compreensível à clientela?

(S) (N)

Sugestões:

---

---

---

---

---

---

- Escreva suas sugestões:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- **Resultado do analista (Marque com um círculo):**

1. Aprovado
2. Aprovado com modificações
3. Reprovado com qualidades
4. Reprovado



