

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TARCIANE MARINHO ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A
VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA
SEMANA SAÚDE INTEGRAL**

João Pessoa

2016

TARCIANE MARINHO ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A
VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA
SEMANA SAÚDE INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas e Práticas do Cuidar em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Altamira Pereira da Silva Reichert

JOÃO PESSOA

2016

A345c Albuquerque, Tarciane Marinho.
Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na Primeira Semana Saúde Integral/ Tarciane Marinho Albuquerque.- João Pessoa, 2016. 133f.
Orientadora: Altamira Pereira da Silva Reichert
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS
1. Enfermagem. 2. Recém-nascido. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Coleta de dados. 5. Visita domiciliar.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

TARCIANE MARINHO ALBUQUERQUE

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A VISITA
DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA SAÚDE
INTEGRAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, inserida na linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/ 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Altamira Pereira da Silva Reichert
Universidade Federal da Paraíba - UFPB

Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof.^a Dr.^a. Neusa Collet
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Prof.^a Dr.^a. Daniela Karina Antão Marques
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Com muito carinho, dedico a todas as crianças a motivação de meus estudos e a curiosidade singular que com elas compartilho.

Dedico também a meus pais e ao meu marido Daniel o alcance desta conquista!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Altamira Pereira da Silva Reichert**, por me acolher de braços abertos em momentos de grandes obstáculos, sendo capaz de iluminar o meu caminho favorecendo o meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço também por confiar a mim um trabalho tão significativo, sempre acreditando em mim.

Aos meus pais, **Iane Marinho Albuquerque e Tarcísio Ferreira Albuquerque**, que não mediram esforços em alavancar meu futuro, provendo as bases para o meu crescimento, sempre me ensinando a ciência da vida.

Ao meu marido, **Daniel Freitas de Vasconcellos Cruz**, por todo o amor, dedicação, companheirismo a mim dedicados. Obrigada por segurar minha mão sendo o principal alicerce das minhas emoções em tantos momentos tortuosos. Seu carinho e incentivo estão implícitos em cada recanto desta obra.

Ao meu irmão, **Tarcísio Ferreira Marinho Albuquerque**, por tantos momentos compartilhados, pelo incentivo e apoio no dia a dia.

À minha enteada, **Débora Cruz**, por fazer com que cada dia ao seu lado seja tão prazeroso e único.

Às minhas amigas, **Patrícia Simplicio de Oliveira, Thayris Mariano de Medeiros, Maria Elizabete de Amorim Silva**, por terem compartilhado comigo todos esses momentos acadêmicos sempre ajudando, torcendo, elogiando e encorajando com tanto carinho.

Aos **Membros da Banca Examinadora**, pessoas por quem nutro tantas admirações e inspirações. Agradeço todos os ensinamentos que contribuíram para meu crescimento e amadurecimento.

A Yana Balduino, Dandara Palhano e Prof. Josemberg Andrade pelo compartilhamento dos estudos psicométricos que foram indispensáveis na realização deste trabalho. Agradeço imensamente a atenção e o carinho.

Aos colegas do PPGEnf/UFPB, pelos momentos vivenciados juntos durante o Curso de Mestrado e por terem confiado a mim o importante papel de representa-los.

Às colegas do GESCAAP e GEPSCA, em especial Anna Tereza Guedes e Daniele Beltrão, por todo o suporte, carinho, atenção e momentos compartilhados.

Aos funcionários do PPGEnf/UFPB, por todo o carinho, paciência e atenção nessa caminhada.

A todos os familiares e amigos que de alguma forma adicionaram um degrau à minha conquista.

LISTA DE QUADROS

Dissertação

- Quadro 1 Procedimento utilizado para identificação dos indicadores empíricos referentes aos cuidados integrais ao recém-nascido. João Pessoa, PB, Brasil, 2016. 42
- Quadro 2 Conceituação constitutiva dos indicadores empíricos selecionados para construção do instrumento, João Pessoa-PB, 2016. 62
- Quadro 3 Síntese das modificações realizadas nos itens que compõem o instrumento ao longo do estudo, João Pessoa-PB, 2016. 75

Artigo 1

- Quadro 1 Distribuição dos descritores da produção científica acerca dos cuidados integrais com o recém-nascido. João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015. 53

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

- Figura 1 Distribuição da produção científica acerca dos cuidados integrais com o recém-nascido em relação ao ano de publicação. João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015. 50
- Figura 2 Mapa conceitual elaborado a partir dos indicadores empíricos selecionados para o estudo – João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015. 53

Artigo 2

- Figura 1 Percurso metodológico utilizado na construção e na validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido – João Pessoa, PB, Brasil, 2016. 87
- Figura 2 Representação do agrupamento dos juízes quanto à concordância dos itens através de dendrograma – João Pessoa, PB, Brasil, 2016. 93

LISTA DE TABELAS

Dissertação

Tabela 1	Quantidade de indicadores empíricos de acordo com os manuais e as diretrizes utilizados - João Pessoa - PB, 2016.	41
----------	---	----

Artigo 1

Tabela 1	Distribuição da produção científica sobre os cuidados integrais com o recém-nascido em relação ao país das instituições de afiliação dos autores. João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015.	49
----------	---	----

Tabela 2	Distribuição da produção científica sobre os cuidados integrais com o recém-nascido em relação ao periódico e ao respectivo fator de impacto - João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015.	50
----------	--	----

Artigo 2

Tabela 1	Distribuição dos indicadores empíricos e do percentual de concordância dos juízes quanto à permanência das variáveis no instrumento – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.	89
----------	--	----

Tabela 2	Distribuição dos coeficientes de precisão interna dos itens – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.	92
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI - Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIDPI neonatal - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância Neonatal
APS - Atenção Primária à Saúde
BCG - *Bacillus Calmette-Guérin*
BMJ - *British Medical Journal*
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CAAEE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDC - Caderneta de Saúde da Criança
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
EG - Estado Geral
ESF - Estratégia Saúde da Família
FR - Frequência Respiratória
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
IC - Índice de Concordância
JCR - *Journal Citation Reports*
MDM - Metas de Desenvolvimento do Milênio
MeSH - *Medical Subject Headings*
MS - Ministério de Saúde
MSDs - Metas Sustentáveis de Desenvolvimento
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PSSI - Primeira Semana de Saúde Integral
RN - Recém-Nascido
SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS - Unidades Básicas de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VD - Visita Domiciliar

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

ALBUQUERQUE, T. M. **Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na Primeira Semana Saúde Integral**. 2016. 133f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introdução: O período pós-parto tem se configurado como o de mais riscos de morte para milhões de bebês, nos países em desenvolvimento, devido a lacunas nos cuidados de saúde despendidos na atenção primária. **Objetivo:** Construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na Primeira Semana Saúde Integral, na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico realizado em três fases: identificação dos indicadores empíricos, realizada através de revisão bibliométrica da literatura vigente e principais políticas e diretrizes nacionais e internacionais concernentes à saúde do recém-nascido; validação de conteúdo, através da análise de 12 juízes especialistas, considerando-se o índice de concordância (ser maior ou igual a 0,80) quanto à permanência de um item no instrumento, seguido de teste de fidedignidade *Alfa de Cronbach*; análise semântica, que se destina a investigar se o instrumento está compreensível para os profissionais de saúde que o utilizarão. **Resultados:** Foi possível isolar 524 indicadores empíricos, provenientes de manuais nacionais e internacionais, e 625 indicadores identificados a partir da literatura científica nos últimos onze anos. A análise dos especialistas, em todos os itens do instrumento, teve índice de concordância superior a 80%. O teste de fidedignidade *Alfa de Cronbach* resultou em um total de 0,908, caracterizando uma validação interna adequada para o instrumento. A análise semântica identificou que não havia dificuldade na compreensão dos itens. **Conclusão:** Acredita-se que esse instrumento tem potencial para melhorar a relação entre os profissionais e os familiares do recém-nascido, auxiliar na identificação de fatores de riscos e nortear a assistência visando reduzir a mortalidade neonatal.

Descritores: Enfermagem. Recém-nascido. Atenção Primária à Saúde. Coleta de dados. Visita domiciliar.

ABSTRACT

ALBUQUERQUE, T. M. **Construction and validation of a instrument for home visits to newborns in the First Week Integral Health.** 2016. 133f. Dissertation (Master Nursing) – Postgraduate Nursing Programme – Center of Health Science, Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introduction: The postpartum period has configured the higher risk of death for millions of babies in developing countries due to gaps in health care delivered in primary care. **Objective:** To develop and validate a tool for home visits to newborns in the First Week Integral Health in Primary Health Care. **Method:** This is a methodological study conducted in three phases: identification of empirical indicators, realized by bibliometric reviewing of current literature and key national and international policies and guidelines concerning about newborn health; content validation by 12 expert judges analysis considering the concordance index (greater than or equal to 0.80) as to the permanence of an item on the instrument, followed by Cronbach's alpha confiability test; semantic analysis, with the intent to investigate whether the instrument is understandable to health professionals who will use it. **Results:** it was possible the isolation of 568 empirical indicators from national and international manuals, and 625 indicators were identified from the scientific literature over the past decade. No instrument component item had Concordance Index less than 80% after expert analysis. Cronbach's Alpha confiability test resulted in a total of 0,908 featuring adequate internal validation for the instrument. The semantic analysis found that there was no difficulty in understanding the items. **Conclusion:** It is believed that this instrument has the potential to improve the relationship between work and family of the newborn, assist in identifying risk factors and guide assistance aimed at reducing neonatal mortality.

Descriptors: Nursing. Newborn. Primary Health Care. Data collect. Home visit.

RESUMEN

ALBUQUERQUE, T. M. **Construcción y validación de un instrumento para la visita domiciliaria a los recién nacidos en la Primera Semana Salud Integral.** 2016. 133f. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería - Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2016.

Introducción: El puerperio ha sido el periodo de mayor riesgo de muerte para millones de bebés en los países en desarrollo debido a las deficiencias en los cuidados de la salud ofrecida en atención primaria. **Objetivo:** Desarrollar y validar un instrumento para la visita domiciliaria a los recién nacidos en la Primera Semana Salud Integral en Atención Primaria de Salud. **Método:** Se trata de un estudio metodológico hecho en tres fases: la identificación de indicadores empíricos, hecho mediante la revisión bibliométrica de la literatura actual y las principales políticas y directrices nacionales e internacionales en materia de salud del recién nacido; validación de contenido por la análisis de 12 jueces especialistas teniendo en cuenta el índice de concordancia (ser mayor o igual a 0.80) y la permanencia de un elemento en el instrumento, seguido de la prueba de fidedignidad Alfa de Cronbach; análisis semántico, que se destina a investigar si el instrumento es comprensible para los profesionales de la salud que lo utilizarán. **Resultados:** Fue posible el aislamiento de 568 indicadores empíricos provenientes de manuales nacionales e internacionales, y 625 indicadores identificados a partir de la literatura científica en los últimos diez años. Después del análisis de los especialistas, todos los elementos del instrumento tuvieron índice de concordancia superior a 80%. La prueba de fidedignidad Alfa de Cronbach resultó en un total de 0.908, haciendo una validación interna adecuada para el instrumento. El análisis semántico demostró que no había ninguna dificultad en la comprensión de los elementos. **Conclusión:** Se cree que este instrumento tiene un potencial para mejorar a la relación entre los profesionales e familiares del recién nacido; ayudar en la identificación de los factores de riesgos y nortear a asistencia mirando la reducción de la mortalidad neonatal.

Descriptor: Enfermería. Recién nacido. Atención Primaria de Salud. Recolección de datos. Visita domiciliaria.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo primário	26
2.2	Objetivos secundários	26
3	REVISÃO DE LITERATURA	27
3.1	Considerações sobre a epidemiologia infantil e neonatal no mundo	28
3.2	Estratégias e políticas para o cuidado integral com a saúde da criança	30
3.3	Visita domiciliar como ferramenta de promoção da saúde do neonato	33
4	PERCURSO METODOLÓGICO	38
4.1	Tipo de estudo	39
4.2	Preceitos éticos	40
4.3	Etapas da pesquisa	40
5	CAPÍTULO I: Identificação dos indicadores empíricos	41
5.1	Coleta dos indicadores	42
5.2	Revisão dos principais manuais e diretrizes	43
5.3	Revisão bibliométrica da literatura para identificação de indicadores	44
5.4	Artigo original 1: Cuidado integral com o recém-nascido na atenção primária: análise bibliométrica da literatura	45
5.5	Conceituação constitutiva dos indicadores	62
6	CAPÍTULO II: Validação de conteúdo e Análise Semântica	71
6.1	Análise dos juízes	72
6.2	Teste binomial	73
6.3	Análise de agrupamento	73
6.4	Teste de fidedignidade	73
6.5	Recursos utilizados	74
6.6	Análise Semântica	74
6.7	Modificações apreendidas durante o estudo	75
6.8	Versão final do instrumento	77
6.9	Artigo original 2: Primeira Semana Saúde Integral: construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido	83
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	98

REFERÊNCIAS	101
APÊNDICES	110
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os especialistas	111
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os profissionais recém-formados	113
Apêndice C - Documento utilizado para a análise dos juízes	115
Apêndice D - Roteiro para análise semântica	122
ANEXOS	126
Certidão de Aprovação do Comitê de Ética	127
Normas da Revista Latino-americana de Enfermagem	128
Normas da Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	133

1 INTRODUÇÃO

A chegada de uma criança, geralmente, é um momento de admiração e comemoração em uma família, porém representa uma situação de risco para milhões de mães e bebês que vivem nos países em desenvolvimento⁽¹⁾. Tal acontecimento provém de lacunas no cuidado e falhas de intervenções de saúde nesses países, em especial, na assistência imediatamente depois do parto⁽²⁾, uma vez que cerca de três milhões de recém-nascidos morrem no primeiro mês de vida por causas consideradas evitáveis pela atenção primária, em mais de um terço, no primeiro dia de nascimento, fazendo com que o dia do parto represente o de maior perigo para a vida em quase todo o mundo^(1,3).

Essa alta taxa de mortalidade neonatal vem sendo o foco de atenção da Organização das Nações Unidas (ONU) desde o estabelecimento, nos anos de 1990, dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), quando a redução da mortalidade infantil foi contemplada como o quarto objetivo. Nos relatórios mais atuais, ao serem avaliadas as tendências a reduzir a mortalidade infantil em todo o mundo, ressalta-se a importância dos índices atingidos após o estabelecimento das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM), porque, embora tenha havido redução constante nas taxas de mortalidade de crianças com idades de zero a cinco anos, a correspondente redução na mortalidade neonatal precoce (menos de sete dias após o parto) foi considerada lenta⁽⁴⁾. Seguindo os cálculos estatísticos para projeções de 2016 até 2030, se nada for feito, mais de 69 milhões de recém-nascidos vão morrer⁽⁵⁾. Isso se deve ao fato de que o período neonatal é uma fase crítica, com grandes mudanças que determinarão, ou não, o bem-estar materno e o infantil, aumentando a responsabilidade dos profissionais de saúde de atenderem a essas necessidades emergentes. Lamentavelmente, os indicadores de saúde ainda configuram que esse é um momento de mais negligência na provisão de cuidados qualificados pelos serviços de saúde. Devido à fragilidade no cuidado apropriado nessa fase, por vezes, resulta em doenças graves e atrasos no desenvolvimento infantil e/ou morte⁽⁶⁾.

As principais causas dessas mortes perinatais (asfixia, baixo peso ao nascer e prematuridade) são consideradas preveníveis. A maior parte dos óbitos em recém-nascidos ocorre em casa, e aproximadamente 2/3 dessas mortes poderiam ser prevenidas se as mães tivessem recebido alguma orientação prévia dos profissionais de saúde, juntamente com intervenções efetivas⁽⁷⁾.

No que diz respeito ao Brasil, a taxa de mortalidade neonatal se revela também alarmante, com cerca de 9 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos em 2015^(8,5), o que representa cerca de 70% da mortalidade infantil. Elementos pós-neonatais da mortalidade infantil foram reduzidos em todo o país devido à melhoria dos cuidados na Atenção Primária à Saúde, mas as

mortes neonatais na primeira semana de vida aumentaram em 50%. Isso foi constatado quando comparamos o quantitativo de mortes infantis em 2000 em relação a 53% em 2010, e 26% dessas mortes ocorrem no primeiro dia de vida, em consonância com os dados internacionais. Assim, no Brasil, um em cada quatro óbitos em menores de um ano ocorrem nas primeiras 24 horas depois do nascimento⁽⁹⁾.

No Nordeste do Brasil, a taxa de mortalidade neonatal precoce, ou seja, menos de sete dias (11,6 / 1.000 nascidos vivos) é duas vezes maior do que na Região Sul (5,9 / 1.000 nascidos vivos). A mortalidade, nesse período de vida, está se tornando cada vez mais um grande contribuinte para a taxa global de mortalidade infantil, principalmente no Nordeste, onde passou de 23%, em 2000, para 28%, em 2010, enquanto a tendência oposta foi observada no Sudeste, onde a mortalidade, no primeiro dia de vida, foi reduzida de 27%, em 2000, para 24% em 2010⁽⁹⁾. Tal realidade torna ainda mais urgentes medidas que favoreçam as reduções dessas taxas. No Brasil, as principais causas de mortalidade também estão em consonância com as internacionais, e a prematuridade é a principal causa de morte que ocorre na primeira semana de vida e em todas as regiões, relativamente mais presente no primeiro dia de vida⁽¹⁰⁾.

Uma iniciativa que merece destaque é a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, que consiste em diretrizes para nortear as ações voltadas para a criança, que propõem a definição de linhas de cuidado, entre elas, as ações para a “Primeira Semana Saúde Integral”, que designa ações imprescindíveis aos primeiros sete dias de vida, a saber: avaliação das condições de saúde, incentivo ao aleitamento materno, apoio às dificuldades encontradas, vacinas para a mãe e criança, agendamento de consulta, planejamento familiar e acompanhamento para a criança, que devem constar no calendário básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança em nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para essa população⁽¹¹⁾.

Tais diretrizes voltadas para a saúde dos recém-nascidos evidenciam que os cuidados dispensados a eles devem ser sistematizados de forma integral e individualizada, executando e avaliando ações que colaborem para promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde. Porém, o mais frequente na prática dos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) é que eles não se sentem aptos a atuar com segurança técnica e científica em relação aos primeiros cuidados com o bebê⁽¹²⁾.

No que diz respeito à ESF, uma alternativa que influenciaria diretamente na redução da mortalidade infantil diz respeito a ações de intervenções domiciliares para o recém-nascido, que podem evitar entre 30% e 60% das mortes nessa faixa etária. Por isso, a World Health Organization (WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) recomendam

visitas domiciliares na primeira semana de vida do bebê, a fim de garantir sua sobrevivência⁽¹³⁾. Esse aspecto é corroborado em um estudo realizado na Índia, o qual constatou que ações sistematizadas para intervenções domiciliares voltadas para a saúde materna e infantil reduziram em 62% a mortalidade neonatal⁽¹⁴⁾.

No Brasil, a atenção domiciliar objetiva construir novas práticas para inserir os profissionais de saúde no contexto de vida dos usuários, a fim de propiciar vínculos e favorecer a assistência integral. Porém, apesar da amplitude de possibilidades que poderiam ser propiciadas através dessa estratégia, as práticas ainda se encontram centradas no atendimento de queixas básicas dos usuários e falta capacitação dos profissionais de saúde para utilizarem esse espaço de atenção⁽¹⁵⁾.

É evidente o predomínio do modelo biologicista, voltado para a lógica do enfrentamento da doença e com ações pontuais, e não, para a vigilância da saúde voltada para a criança, vista nos aspectos biopsicossocial e familiar. Nessa perspectiva, os profissionais deverão atender às demandas de saúde da população, reduzindo os agravos evitáveis à saúde que possam ser resolvidos no nível primário de atenção e empoderando os usuários para o cuidado de si e da família⁽¹⁶⁾.

Portanto, é necessário investir na Visita Domiciliar (VD) com cuidado sistematizado, levando em consideração as necessidades biológicas, articuladas às condições sociais dos indivíduos na atenção básica. A ação sistematizada do cuidado dará visibilidade às intervenções, o que repercutirá na melhoria da qualidade da atenção à saúde da população infantil, principalmente no primeiro ano de vida. Esse acompanhamento pressupõe a utilização de instrumentos bem estruturados e padronizados, que facilitem a comunicação multiprofissional e a compilação de dados, de modo que possam nortear o planejamento de ações e estabelecer prioridades na assistência, visando garantir sua continuidade de forma integrada⁽¹⁷⁻²⁰⁾.

Para que o cuidado com o Recém-Nascido (RN) seja integral e de boa qualidade, é primordial que os profissionais da Estratégia Saúde da Família tenham conhecimento sobre como conduzir a visita domiciliar e sua importância, assim como dos cuidados com o bebê e os fatores de riscos a que ele possa estar exposto na primeira semana de vida, considerando a realidade epidemiológica e priorizando os grupos de maior risco. Também é necessário que as práticas relacionadas aos cuidados iniciais despendidos ao RN estejam condizentes com o preconizado para a Primeira Semana Saúde Integral da criança. Isso requer um instrumento sistematizado para nortear as ações dos profissionais durante o atendimento ao RN, que poderá

ter impacto direto na redução da morbimortalidade neonatal e melhorar a qualidade de vida dessa população.

Considerando que as unidades de saúde da família representam a porta de entrada na rede de atenção à saúde, devem estar preparadas para acolher todas as demandas apresentadas durante as visitas aos recém-nascidos no pós-parto, a fim de atender integralmente às suas necessidades e contemplar, o máximo possível, as ações nesse momento crucial para promoção da saúde e prevenção da mortalidade neonatal. O presente estudo atenta para a necessidade de construir um instrumento que norteie as ações de saúde, como forma de reduzir os problemas que surgirem nessa fase tão frágil da vida em tempo hábil, com o acompanhamento sistematizado direto no ambiente onde vive a família, a fim de adequar o cuidado a sua realidade.

Devido à quantidade ínfima de literatura que trate do assunto em nível nacional e das lacunas de cuidado rotineiramente identificadas na atenção primária, principalmente no que concerne à atuação dos profissionais de saúde atuantes na Estratégia de Saúde da Família durante a primeira visita domiciliar ao recém-nascido, é premente a necessidade de elaborar e validar um instrumento de orientação para profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa durante a primeira visita ao RN.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo primário

- Construir um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido, na Primeira Semana Saúde Integral, na Atenção Primária à Saúde.

2.2 Objetivos secundários

- Identificar, na literatura, indicadores empíricos relacionados ao cuidado com o recém-nascido na primeira semana;
- Elaborar, a partir dos indicadores identificados, uma versão do instrumento de coleta de dados para nortear a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana;
- Validar um instrumento para nortear as ações na visita domiciliar ao recém-nascido, construído por meio da contribuição de profissionais de saúde, especialistas em neonatologia e pediatria;
- Analisar semanticamente o instrumento para garantir que será compreendido por seu público-alvo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Considerações sobre a epidemiologia infantil e neonatal no mundo

A situação de saúde das crianças, em todo o mundo, está em constante transição. Os altos índices de mortalidade infantil sempre foram preocupação de vários países e seus governantes. Devido a isso, em 2000, representantes de 189 países-membros das Nações Unidas reuniram-se para discutir e planejar medidas para o destino comum da humanidade. Nessa ocasião, o mundo fez um pacto, conhecido como Metas de Desenvolvimento do Milênio, em que o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio contemplava a missão de reduzir a taxa de mortalidade de menores de cinco anos em dois terços até o ano de 2015, em comparação com 1990. No ano de 2012, tal compromisso foi renovado, visando acelerar os declínios nas mortalidades materna, neonatal e infantil, consideradas evitáveis. De acordo com o relatório de progresso de 2014, *Committing to Child Survival: a promise renewed*, a comunidade global de saúde e o governo, com cerca de 180 representantes, reuniram-se novamente para rever o progresso em direção às MDM e redefinir os novos objetivos relativos às Metas Sustentáveis de Desenvolvimento (MSDs) para além de 2015^(7,21).

Os relatórios do progresso mostraram que cada vez mais crianças estão vivendo para comemorar o seu quinto aniversário. Entre 2005 e 2013, a taxa de redução da mortalidade de menores de cinco anos mais que triplicou em relação a 1990, porém o cenário global de sobrevivência infantil continuava desigual, com ganhos em algumas áreas e lacunas persistentes em outras^(WORLD BANK; UNICEF; WHO; UNITED NATIONS, 2015; UNICEF, 2013).

O relatório final *Levels & Trends in Child Mortality Report 2015*⁽⁸⁾ indica um progresso global substancial na redução da mortalidade infantil desde a criação das MDM. O quantitativo de mortes de crianças menores de cinco anos declinou de 12,7 milhões, nos anos 90, para 5,9 milhões, em 2015, ou seja, a taxa de mortalidade reduziu em 53%, considerando-se 91 mortes por mil nascidos vivos em 1990, em comparação com 43 mortes a cada mil nascidos vivos em 2015. Assim, ponderando as estatísticas que envolvem a epidemiologia concernente a essa população, pode-se dizer que o consistente declínio da mortalidade infantil, no período de compromisso entre as nações participantes, salvou a vida de mais de 48 milhões de crianças menores de cinco anos em todo o mundo.

Ressalte-se, no entanto, que, apesar do grande impacto na sobrevivência infantil em todo o mundo, os progressos foram insuficientes para alcançar o 4º ODM. O declínio de 53% na taxa de mortalidade de menores de cinco está longe da redução de dois terços que é necessária para atender à referida meta. Realizando uma projeção de prospectiva, o mundo como um todo apenas alcançaria a meta almejada em 2026. Se considerarmos o número de menores de cinco

anos que morreram ao longo das últimas duas décadas, entre 1990 e 2015 (240 milhões de crianças < de cinco anos), é mais do que a população do Brasil, nos dias de hoje, um país considerado o quinto país mais populoso do mundo⁽⁵⁾.

Ainda mais preocupante, quando isolada a taxa de mortalidade neonatal e relacionada com a infantil, a primeira sofreu uma redução considerada lenta (47% comparada com 58%). Globalmente, a taxa de mortalidade neonatal diminuiu de 36 mortes, para cada mil nascidos vivos em 1990, para 19, em 2015. Então, o número de óbitos declinou de 5,1 milhões para 2,7 milhões, e a maioria (44%) dos óbitos acontece nos primeiros 28 dias de vida, ou seja, o período neonatal é o momento mais vulnerável para a sobrevivência de uma criança^(8,22,5).

A mortalidade neonatal é cada vez mais importante, não só porque a porcentagem de mortes em menores de cinco anos que ocorrem no período neonatal não reduziu como esperado, mas também porque as intervenções de saúde necessárias para enfrentar as principais causas de mortes neonatais geralmente diferem daquelas para lidar com a mortalidade infantil como um todo. Essas informações são ainda mais relevantes quando se observa que existem soluções de baixo custo cada vez mais disponíveis, mesmo nos lugares mais remotos^(22,5).

As mortes infantis são causadas por doenças que são facilmente preveníveis ou tratáveis com intervenções comprovadas de baixo custo e de boa qualidade. Os agravos à saúde mais frequentes em recém-nascidos são: prematuridade, eventos relacionados ao parto e infecções neonatais, tais como: pneumonia, septicemia ou meningite^(23,5).

O Brasil é tido como um exemplo de país em desenvolvimento que conseguiu reduzir significativamente a mortalidade infantil, com uma taxa de mortalidade de menores de cinco anos de 61, em 1990, para 16, em 2015, portanto, uma redução de 73%. No processo de alcance das metas, o país também conseguiu reduzir as desigualdades regionais na mortalidade infantil nos últimos 25 anos⁽⁵⁾. Todavia, grandes disparidades ainda persistem, e embora a taxa de mortalidade infantil do Brasil tenha alcançado o que foi planejado, considera-se que esses níveis ainda são preocupantes e refletem em condições desfavoráveis de vida da população e da atenção de saúde, reflexo das históricas desigualdades regionais e socioeconômicas que assolam o nosso país. As principais causas de óbitos, segundo a literatura nacional, estão em consonância com as globais: 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⁽²⁴⁾.

Diante de todo o exposto, é preciso dar ênfase às estratégias preventivas de promoção da saúde infantil, especialmente no período neonatal, considerado o mais frágil não apenas no

que concerne à sua imaturidade fisiológica, mas também, principalmente, no que tange aos cuidados primários escassos, percebidos rotineiramente nas práticas dos profissionais de saúde.

É pertinente mencionar que essas medidas, para deixarem de ser utopia, necessitariam de mais envolvimento político e governamental assertivo, principalmente quando nos referimos ao cenário brasileiro, uma vez que, historicamente, somente por meio de muita luta e envolvimento populacional e governamental é que a saúde da criança passou a ser foco das políticas públicas⁽²⁵⁾.

3.2 Estratégias e políticas para o cuidado integral com a saúde da criança

Com o intuito de reduzir altas taxas de mortalidade na fase neonatal, o Ministério de Saúde (MS), embasado nos preceitos provenientes da Atenção Primária à Saúde (APS), criou, a partir da década de 90, estratégias, políticas e guias importantes que visam oferecer aos RNs melhores ações de saúde embasadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da humanização da assistência^(25,26). Dentre elas, destaca-se a *Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*⁽²⁷⁾, um documento que contém orientações para os profissionais que atuam em todos os níveis de atenção à saúde da criança, com o intuito de organizar uma rede integrada de assistência, através de linhas de cuidado integral focadas na identificação de ações prioritárias, desde o primeiro atendimento, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), até o nível mais complexo do cuidado.

Nessa perspectiva, os principais eixos de ação estão centrados no nascimento saudável, com a atenção desde a concepção até o atendimento ao pré-natal, ao parto e ao puerpério. Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, a agenda de compromissos é disposta em 13 linhas de cuidado, que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança: 1. Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; 2. Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; 3. Triagem neonatal: teste do pezinho; 4. Incentivo ao aleitamento materno; 5. Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 6. Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; 7. Combate à desnutrição e a anemias carenciais; 8. Imunização; 9. Atenção às doenças prevalentes; 10. Atenção à saúde bucal; 11. Prevenção da saúde mental; 12. Prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil; 13. Atenção à criança portadora de deficiência⁽²⁷⁾.

Assim, este estudo abordará a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), uma ação que integra a linha de cuidado 2 – Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido,

e que surgiu como uma estratégia de atenção à mãe e ao recém-nascido, visando reduzir a mortalidade infantil, por considerar esse um período de grande vulnerabilidade na vida da criança⁽²⁷⁾. Nessa estratégia, são propostos cuidados e ações de significativo impacto que, se devidamente implementados na APS para o binômio mãe-filho, promovem saúde e reduzem a morbimortalidade infantil. Isso porque as ações propostas têm potencial que intensificam os cuidados com o bebê e a puérpera na primeira semana após o parto, período em que se concentram os óbitos, além do seguimento da criança até os 10 anos de idade.

Ações preconizadas pela Primeira Semana Saúde Integral⁽²⁷⁾ são: verificação do cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido; avaliação geral da criança; identificação da criança de risco ao nascer; avaliação da saúde da puérpera; compromissos das unidades de saúde; avaliação e identificação da alimentação; avaliação e orientação para o aleitamento materno (ressaltar a importância do aleitamento materno por dois anos, sendo exclusivo nos primeiros seis meses); observação e avaliação da mamada no peito para garantir o posicionamento adequado e a pega da aréola; avaliação da mama puerperal e orientação quanto à prevenção das patologias, enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um banco de leite humano; teste do pezinho; aplicação das vacinas (Bacillus Calmette-Guérin – BCG - e contra hepatite para o recém-nascido, dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário) e agendamento de consulta para o recém-nascido e para a puérpera (30 dias depois do parto).

É importante enfatizar que a referida estratégia, apesar de já ter 12 anos, desde sua publicação, e de ter impacto real para a promoção da saúde do neonato, não está presente nos estudos que mencionam as ações pertinentes às visitas realizadas pelos profissionais de saúde durante o período puerperal^(28,29). Assim, a não divulgação contribui para que um conjunto de ações que seriam eficazes para reduzir a mortalidade neonatal não seja realizado efetivamente, o que resulta em lacunas no cuidado integral a ser prestado ao recém-nascido.

Com o intuito de reduzir a mortalidade neonatal de forma mais enfática, o Ministério da Saúde criou a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância Neonatal (AIDPI Neonatal), visando capacitar médicos e enfermeiros para avaliarem, de forma sistemática, os principais fatores que afetam a saúde infantil. A AIDPI neonatal propõe ações como atender à gestante, entrevistar a mãe ou responsável pela criança de zero a dois meses, reconhecer, com exatidão, sinais clínicos, eleger os tratamentos apropriados e orientar para prevenção de agravos à saúde do RN⁽³⁰⁾.

Outra estratégia de grande relevância para o acompanhamento da saúde integral da criança é a utilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), com a qual é possível seguir

adequadamente o crescimento e o desenvolvimento infantil, do nascimento ao décimo ano de vida, através de gráficos a serem seguidos de acordo com a idade e o sexo, bem como registro de informações coletadas em todos os encontros dos profissionais de saúde com a criança⁽³¹⁾.

Trata-se, portanto, de um instrumento essencial para a vigilância integral à saúde da criança, conhecido como “Passaporte para a Cidadania”, que é considerado uma ferramenta de baixo custo, capaz de vincular a saúde do infante à saúde da mãe e dar orientações relevantes para o cuidado com ela⁽³²⁾.

A CSC proporciona o trabalho em equipe através da identificação precoce de problemas, como atraso de crescimento, desnutrição e obesidade, possibilitando sua reversão antes que evoluam para quadros crônicos. É também um guia eficaz para as mães e os cuidadores, porquanto inclui orientações sobre alimentação saudável, gráficos de evolução do perímetro cefálico, além de orientações sobre a saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados e da suplementação profilática de ferro e de vitamina A⁽³³⁾.

Mesmo conhecendo a relevância da CSC, a maioria dos profissionais que atendem à criança tem negligenciado o seu uso durante as atividades direcionadas ao cuidado com a saúde da criança. Assim, os registros são precários e resultam em informações anotadas de maneira incorreta, incompletas ou ausência de registros, o que dificulta o acompanhamento de eventos significativos para a saúde da criança, uma vez que faltam informações importantes sobre sua evolução⁽³⁴⁾.

Estudos^(34,35) têm mostrado falhas no uso da CSC relacionadas à falta de preenchimento de informações relevantes para o cuidado integral. As causas mais frequentes estão relacionadas à falta de conhecimento dos profissionais e de interesse dos familiares para levar a CSC para a consulta da criança e ler as informações contidas na caderneta. Tal fato pode comprometer a qualidade da assistência à criança e o alcance dos objetivos do acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento.

Por fim, uma política que pode inovar em ações humanitárias é a Rede Cegonha, que envolve uma rede de cuidados, com o intuito de assegurar o cuidado integral ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento. A Rede Cegonha propõe ampliar o acesso, o acolhimento e a melhoria da qualidade do pré-natal; oferta de transporte adequado no período do pré-natal e no momento do parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, obtendo-se sempre vaga para ela e para o bebê; realização de parto e nascimento seguros, com práticas humanizadas e eficientes de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da mulher; atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade

e resolutividade e, por último, acesso ao planejamento reprodutivo. Para tanto, a referida política preconiza ações como^(36-38,25): clampeamento tardio do cordão; permanência do RN ao lado da mãe durante todo o período de internação; contato pele a pele; apoio à amamentação; estímulo à participação do pai; tentativa de evitar procedimentos iatrogênicos; oferta de todas as triagens neonatais, como o teste do pezinho, da orelhinha, do olhinho e outros. Tal estratégia é devidamente normatizada pela Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011.

Para ser incisiva e atender aos objetivos recomendados nas políticas de saúde nacionais e internacionais, a atenção integral prestada ao RN deve buscar o atendimento das necessidades negligenciadas pelos serviços, modificando o enfoque centrado apenas no comparecimento da família à UBS⁽³⁹⁾.

3.3 Visita domiciliar como ferramenta de promoção da saúde do neonato

O pós-parto é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o período de uma hora depois da saída da placenta até seis semanas após o nascimento e se constitui um momento de transição importante para uma mulher e seu bebê, tanto fisiologicamente quanto emocionalmente e socialmente⁽⁴⁰⁾. Por essa razão, são pertinentes os esforços empregados no auxílio desse momento crítico na vida de mães e recém-nascidos.

Dentre as principais investigações globais, no que concerne às estratégias de promoção da saúde do recém-nascido, destacaram-se as intervenções voltadas para a visita domiciliar, consideradas prioritárias devido ao potencial de reduzir a mortalidade, a morbidade e os problemas no desenvolvimento infantil em longo prazo⁽²³⁾. Esse fato é corroborado por estudos realizados nos serviços voltados para famílias com bebês, ao concluir que a visita domiciliar é responsável pela melhoria dos resultados de saúde e do desenvolvimento infantis, destacando a importância do aumento na frequência das visitas e sua duração^(41,42).

A visita domiciliar é uma importante estratégia para o cuidado integral com a saúde do recém-nascido, pois proporciona um rastreamento real das condições vivenciadas em sua residência e oferece elementos efetivos no cuidado, para tentar reduzir a mortalidade neonatal⁽⁴³⁾. Dentre essas condições vivenciadas, a saúde individual e comunitária é influenciada pelas interações entre os fatores biológicos e ambientais durante a vida. Isso quer dizer que, no domicílio, existem fatores de riscos presentes no ambiente e fatores de riscos biológicos que podem causar agravos ao desenvolvimento ideal da criança. Acredita-se que, para ser um adulto saudável, a criança deve receber cuidados que promovam fatores de proteção, visando eliminar ou reduzir os efeitos de condições negativas ambientais e sociais,

porquanto as primeiras experiências vivenciadas podem resultar em qualquer uma dessas condições, afetar a saúde no decorrer do tempo e intensificar a importância de uma assistência domiciliar sistematizada⁽⁴⁴⁾.

Tal estratégia é muito conhecida por promover a saúde da criança, atendendo às necessidades de desenvolvimento e prevenção de abuso infantil, bem como situações de negligência. Sua principal repercussão está no período pós-parto⁽⁴³⁾. Além dessas situações identificadas em um domicílio, outras consideradas críticas para a primeira infância, e com consequências negativas à saúde e ao comportamento em longo prazo são as condições insalubres relacionadas a exposição ao tabaco e o estresse resultante de violência familiar⁽⁴⁴⁾.

Para atender a tais necessidades no âmbito domiciliar, um estudo britânico realizou uma capacitação com trabalhadores de saúde sobre o atendimento voltado para o RN, de forma que eles conseguissem realizar a avaliação e o cuidado referentes ao ambiente familiar e tornar possível a identificação precoce de alterações no Estado Geral (EG) do neonato. Os resultados revelaram que a realização de visita domiciliar por um trabalhador de saúde treinado no dia do nascimento reduziu o risco de mortalidade neonatal em 2/3, quando comparado com aqueles que nunca receberam a visita pós-natal. Além disso, receber uma visita no segundo dia de vida reduziu o risco em mais da metade entre as crianças que sobreviveram aos dois primeiros dias⁽⁴⁵⁾. Porém, a cobertura de cuidados pós-natais em países de baixa e média renda é pequena. Ainda assim, as diretrizes da OMS e do UNICEF recomendam que a primeira visita deve ocorrer dentro de 24 horas, desde o nascimento, a segunda, no terceiro dia de nascido e, se possível, uma terceira visita deve ser feita antes do final da primeira semana de vida, com a continuidade do contato durante as primeiras seis semanas de vida⁽⁴⁶⁾. Essa periodicidade das visitas domiciliares seria importante para uma possível mudança na realidade também presente no Brasil.

Além das orientações sobre o momento que as visitas devem ocorrer, a OMS e o UNICEF traçaram diretrizes por meio do manual *“Home Visits for the Newborn Child: a strategy to improve survival”* que norteiam os cuidados principais a serem conduzidos ao recém-nascido durante as visitas domiciliares na primeira semana de vida: Promover e apoiar precocemente o aleitamento materno exclusivo; ajudar a manter o recém-nascido quente - promover contato pele a pele; promover os cuidados de higiene da pele e do cordão umbilical; avaliar se há sinais de perigo e oferecer orientações quanto ao seu pronto reconhecimento para a devida procura de cuidados em serviços de saúde (não aceita alimentação, atividade reduzida, dificuldade respiratória, febre ou sensação de frio, convulsões); providenciar o registro de nascimento e da vacinação oportuna de acordo com as programações nacionais; identificar

recém-nascidos que necessitam de cuidados de apoio adicional (baixo peso ao nascer, doença crônica, mãe com HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana - positivo). E quando isso ocorrer, oferecer o tratamento adequado em casa para infecções locais e alguns problemas de alimentação⁽¹³⁾.

Quanto aos cuidados maternos, é preciso mostrar interesse no bem-estar da mãe; orientar sobre os cuidados quanto a sangramento excessivo, cefaleia, convulsões, febre, sensação de fraqueza, dificuldades respiratórias, corrimento vaginal com mau cheiro, dor ao urinar, dor abdominal ou perineal grave. Caso necessário, encaminhá-la a uma unidade de saúde para atendimento; observar aspectos das mamas, identificar se apresentam edema ou hiperemia, gerenciar problemas de amamentação, se possível, se não, encaminhá-la a uma unidade de saúde para atendimento; dar assessoria sobre sinais de perigo para a mãe (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço) e aconselhar sobre onde procurar atendimento precoce quando necessário; orientar quanto ao espaçamento entre os filhos e o aconselhamento nutricional⁽¹³⁾.

No Brasil, as diretrizes para a visita domiciliar ao recém-nascido estão contidas no Caderno de Atenção Básica referente à saúde da criança. Essas diretrizes diferem um pouco das internacionais quanto à periodicidade das visitas, uma vez que recomenda que a visita inicial seja feita na primeira semana de vida, para atender aos pressupostos da Primeira Semana de Saúde Integral. Porém, sugere que sua continuidade seja planejada junto com a mãe no momento da visita. Alguns aspectos para os quais o profissional deve atentar são: desenvolvimento do vínculo mãe-filho; detecção da depressão pós-parto; frequência cardíaca abaixo de 100 bpm; respiração acima de 60 rpm; hipotermia (< 36°C); tiragem subcostal; batimentos da asa do nariz; cianose e/ou palidez; icterícia; gemidos; fontanelas anormais; secreção purulenta do ouvido e irritabilidade ou dor durante a manipulação. Também enfatiza a importância de se observarem as relações familiares na identificação de fatores relacionados à violência e o acesso ao serviço de saúde, estimular o vínculo entre mãe e filho, dar suporte emocional, atentar para a prevenção de acidentes e identificar quaisquer perigos ambientais ou sociais relacionados à saúde da criança⁽³⁰⁾.

Uma das dificuldades que são consideradas como barreiras no desenvolvimento dessa intervenção em domicílio é a participação da mãe no processo. Quando os serviços de saúde no pré-natal e no pós-parto são comparados, a utilização do primeiro parece ser boa (cerca de 77%), porém, quanto ao segundo, a maioria (mais de 86%) delas não recebe assistência profissional depois do parto. Portanto, quando questionadas, as mães participantes de estudos não conheciam a disponibilidade de serviços gratuitos durante esse período, porém muitas

demonstraram forte interesse para receber esses cuidados, o que evidencia a negligência dos serviços de saúde nesse sentido. Assim, é necessário mais esforço para promover Educação em Saúde nesse aspecto, porque estudos^(47,48) confirmam que as orientações às mães no período puerperal podem fazer a diferença.

Para realizar de forma efetiva a visita domiciliar e reduzir as dificuldades vivenciadas pelos RN nesse âmbito, os profissionais de saúde devem estar devidamente capacitados para o papel que vão desempenhar. Essas intervenções deverão incluir ações adicionais, conforme recomendado na orientação da *Guideline, Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice*⁽¹³⁾.

Sobre esse aspecto, estudo realizado na China com os trabalhadores de saúde, identificou como barreiras para visitas domiciliares pós-natais o número insuficiente de profissionais e a formação inadequada. Os autores inferiram que são necessários mais enfermeiros, médicos e agentes comunitários envolvidos e bem treinados, que sejam capazes de proporcionar visitas domiciliares pós-natal de boa qualidade⁽⁴⁷⁾.

No Brasil, foram realizados vários estudos⁽⁴⁹⁻⁵²⁾ cujos autores acreditam na promoção dessa qualidade na assistência com mais uniformidade e organização das ações de saúde a serem desprendidas. Isso é possível utilizando-se instrumentos e/ou ferramentas que devem ser criados para esse fim. Eles viabilizam o estabelecimento de um método para guiar a realização de coleta e avaliação de informações imprescindíveis, de forma a facilitar a sistematização e nortear o desprendimento das informações, sem permitir a falta de orientações significativas para auxiliar na prevenção de fatores de riscos, uma vez que a falta de uniformidade conceitual utilizada nas diversas definições da APS e a grande variabilidade metodológica existente não estabelecem uma visão homogênea do processo.

Essas ferramentas e estratégias práticas foram identificadas como componentes importantes para auxiliar médicos, enfermeiros e outros profissionais em cenários clínicos, todavia, a mudança no serviço não se traduz em repaginar somente as características individuais, toda a equipe de profissionais deve estar engajada e focada na reorganização do serviço. Assim, ferramentas importantes para mudar o sistema têm recebido boas colaborações, ao longo de um período de tempo definido para afetar a modificação específica direcionada para melhorar o cuidado. Esse é o caso da estratégia *Bright Futures*, implementada pela *American Academy of Pediatrics*, que usa questionários antes mesmo da visita domiciliar, a fim de ajudar a determinar os aspectos que a família ou o adolescente gostaria de discutir no momento da conduta. Esse conjunto estratégico prioriza o bem-estar e um futuro saudável de crianças, através da realização da visita de forma sistematizada, e são capazes de realizar com

clareza e eficácia a triagem médica recomendada para integrar questões de avaliação de risco, registrar as atividades durante o momento da visita, supervisionar a saúde quanto aos riscos, garantir a prestação de práticas apropriadas e ajudar na obtenção de informações sobre a vigilância do desenvolvimento⁽⁴⁹⁾.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo não experimental do tipo metodológico. Essa modalidade foi escolhida por ser pertinente aos objetivos propostos, que envolvem investigações dos métodos sobre a elaboração, a validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa, focando o desenvolvimento de novos instrumentos que sejam confiáveis, relevantes e utilizáveis, para que possam ser aplicáveis por outros profissionais, de forma a contribuir significativamente com o serviço⁽⁵³⁾.

Esse tipo de estudo é distinto de outros desenhos de pesquisa, pois não abrange as etapas normais do processo geralmente empregadas, e o pesquisador deve se tornar conhecedor de algumas teorias psicométricas para ter êxito na construção de instrumentos. A psicometria está relacionada ao desenvolvimento de instrumentos de medição, como questionários, ao longo do processo de pesquisa. Sua origem centra-se nas disciplinas Sociologia e Psicologia e, posteriormente, serve de ferramenta crítica para desenvolver e testar instrumentos concentrando-se em fenômenos das mais diversas áreas, incluindo as da saúde⁽⁵⁴⁾. A construção do instrumento pertinente a esta pesquisa não aprofundou os conhecimentos acerca da mensuração de itens e testes de constructo, porque se trata de um instrumento de coleta de informações, e não, de mensuração da teoria abstrata.

A pesquisa foi realizada no período de março de 2014 a janeiro de 2016, com o objetivo de construir e validar um instrumento para atender ao recém-nascido por ocasião da visita domiciliar, a ser aplicado por profissionais de nível superior da ESF, com vistas a contribuir para melhorar a qualidade das ações desenvolvidas na primeira semana de sua vida e operacionalizar a contento as atividades implementadas pela equipe de saúde, visando atender integralmente as suas necessidades e efetivar a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Considerando que a visita ao RN, na primeira semana de vida, é uma ação fundamental para a vigilância da saúde da criança e a complexidade que envolve a construção e a validação de um instrumento que auxilie a equipe de saúde da família nessa ação, o objeto desta pesquisa requer abordagens diferenciadas para aproximar as múltiplas facetas envolvidas nesse processo. Portanto, para construir o instrumento, o indicado é que se utilizem modelos mistos de estrutura, a fim de contemplar os aspectos que contribuirão para a obtenção de diferentes tipos de informações⁽⁵³⁾.

4.2 Preceitos éticos

A pesquisa foi conduzida conforme as diretrizes contidas na Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁵⁵⁾, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos, e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, cujo número de protocolo 008/2015 CAAE foi 39801714.2.0000.5188. Todos os profissionais de saúde que foram convidados para participar deste estudo foram esclarecidos sobre ele e convidados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndices A e B).

4.3 Etapas da pesquisa

Para nortear a construção do instrumento, o estudo foi desenvolvido sequencialmente em três etapas: **Identificação na literatura dos indicadores empíricos; Validação de conteúdo; Análise semântica** que serão descritas com mais detalhes nos Capítulos I e II desta dissertação.

A partir da etapa de **Identificação na literatura dos indicadores empíricos** foi possível a construção de um artigo (pág. 43) intitulado “Cuidado integral ao recém-nascido na atenção primária: análise bibliométrica da literatura”, que atendeu ao objetivo de identificar, na literatura, indicadores empíricos relacionados ao cuidado dispensado ao recém-nascido na primeira semana e de elaborar, com base nos indicadores identificados, uma versão do instrumento de coleta de dados para nortear a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana. Este artigo foi submetido à Revista Latino-americana de Enfermagem.

Por sua vez, as etapas de **Validação de conteúdo e Análise semântica** foram contempladas em um artigo original: “Primeira Semana Saúde Integral: construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido” – que teve como objetivo construir um instrumento para nortear as ações na visita domiciliar ao recém-nascido, através da contribuição de profissionais da área de saúde, especialistas em neonatologia e pediatria, analisado semanticamente para garantir que seja compreendido por seu público-alvo, o qual será enviado para a Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e está apresentado na página 81 desta dissertação.

5 CAPÍTULO I

Identificação na literatura dos indicadores empíricos

5.1 Coleta dos indicadores

No processo de elaboração do instrumento, os itens são coletados e selecionados em função de suas definições, examinados à luz de fundamentos teóricos, a partir de evidências disponíveis. Devido à inexistência de teorias sólidas sobre um assunto, o autor tem a obrigação de levantar toda a evidência científica sobre ele, a fim de procurar sistematizá-la e de chegar a uma miniteoria que possa guiá-lo na elaboração do instrumento. Portanto, com uma base teórica completa, é viável uma definição dos tipos e das características dos indicadores empíricos, para facilitar a operacionalização e tornar a construção do instrumento coerente e adequada⁽⁵⁶⁾.

Visando elaborar um instrumento, o investigador, de acordo com o seu interesse de estudo, delimita um objeto para o qual se propõe a criá-lo. Isso é possível desde que o objeto de estudo tenha diferenças individuais, ou atributos, também conhecidos como variáveis (indicadores empíricos), que, na estatística, é definida como uma característica passível de ser observada ou mensurada (ex: peso, altura, intensidade, distância etc.)^(56,57).

Os indicadores empíricos são considerados os critérios ou as condições experimentais empregados para observar e mensurar conceitos que servirão de base para uma prática, a fim de mostrar situações consideradas normais ou esperadas. É por meio da sua identificação que é possível contribuir para evitar o surgimento de agravos à saúde⁽⁵³⁾.

Neste estudo, os indicadores empíricos foram considerados a partir da literatura concernente ao recém-nascido em sua primeira semana de vida e os procedimentos utilizados para sua identificação, compilação e categorização estão dispostos no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Procedimento utilizado para identificação dos indicadores empíricos referentes aos cuidados integrais ao recém-nascido. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Etapas	Passos sequenciais		Descrição
LEVANTAMENTO	1º	Leitura	Leituras dos materiais selecionados para a coleta dos indicadores (manuais, diretrizes, artigos).
	2º	Identificação de indicadores	A partir de conhecimento prévio e leitura foi possível destacar os indicadores de saúde que atendem ao objetivo da pesquisa.
	3º	Banco de dados	Digitalização organizada dos indicadores e construção de banco de dados no Excel.
CLASSIFICAÇÃO	4º	Distinção população alvo	Separação dos indicadores que se referem à saúde materna e a saúde do neonato.
CATEGORIZAÇÃO	5º	Ordenar e subdividir	Seleção e agrupamento dos indicadores mais pertinentes à primeira semana de vida em seções organizadas de forma a ordenar o cuidado a ser despendido e que virão a compor o instrumento.

ESTRUTURAÇÃO	6º	1ª versão	A partir da análise da pesquisadora e, do embasamento teórico concernente à temática, foi possível estruturar os itens a fim de formarem uma versão do instrumento.
--------------	----	-----------	---

O procedimento exemplificado no Quadro 1 permitiu elaborar a categorização dos indicadores por meio do enxugamento das variáveis, reagrupando os temas mais relevantes considerando a experiência da pesquisadora com enfoque ao atendimento do objetivo do estudo.

As seções a que se refere a Etapa de categorização foram construídas a partir do agrupamento dos indicadores de acordo com os temas que abordavam e resultaram na construção das seguintes seções temáticas: dados de identificação, dados da puérpera, dados referentes à gestação, avaliação das condições maternas, dados referentes ao parto, exame físico, avaliação das necessidades básicas do recém-nascido, avaliação de riscos ao recém-nascido, cuidados prescritos, agendamento de próximos encontros.

5.2 Revisão dos principais manuais e diretrizes

A primeira fase se destinou à realização de um levantamento dos indicadores empíricos nos principais manuais do MS e diretrizes que norteiam as ações de saúde direcionadas ao cuidado com o recém-nascido.

Tabela 1: Quantidade de indicadores empíricos de acordo com os manuais e as diretrizes utilizados - João Pessoa - PB, 2016.

Manuais e diretrizes	Indicadores
AIDPI neonatal ⁽³⁰⁾	103
Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde ⁽⁵⁸⁾	223
Agenda de compromisso para redução da mortalidade infantil ⁽²⁷⁾	80
Caderneta de Saúde da Criança ⁽⁵⁹⁾	83
<i>Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival</i> ⁽¹³⁾	35
Total	524

A diretriz internacional *Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival*⁽¹³⁾ foi utilizada devido à escassez de diretrizes em âmbito nacional quanto à visita domiciliar voltada para a faixa etária foco deste estudo.

5.3 Revisão bibliométrica da literatura para identificação de indicadores

Além da leitura dos manuais, foi feita uma criteriosa revisão da literatura científica através da apreensão de artigos dos últimos onze anos, seguida de uma análise com enfoque bibliométrico para identificar os indicadores empíricos pertinentes às necessidades básicas do recém-nascido.

A pesquisa bibliométrica vem sendo empregada, ao longo dos anos, para avaliar a qualidade de publicações relacionadas ao âmbito da saúde e identificar lacunas em pesquisas de diferentes áreas do conhecimento^(60,61). Foi eleita para a realização dessa etapa por causa de sua caracterização quantitativa da produção científica atual. Essa característica facilitou a identificação e a seleção dos indicadores durante a análise.

Os aportes informativos, estudos apreendidos e resultados provenientes desse momento da pesquisa possibilitaram a construção de um artigo intitulado “Cuidado integral ao recém-nascido na atenção primária: análise bibliométrica da literatura, disposto a seguir.

5.4 Artigo original 1¹

Cuidado integral com o recém-nascido na atenção primária: análise bibliométrica da literatura

Objetivo: analisar a produção científica acerca da atenção integral à saúde do recém-nascido na atenção primária. Método: estudo bibliométrico de abordagem quantitativa, cuja amostra foi composta de 27 trabalhos - dois provenientes da Biblioteca Virtual em Saúde e 25 da PUBMED - publicados nos anos de 2005 a 2015. Resultados: Constatou-se que 2010 foi o ano com o maior número de publicações nessa temática, e o país com mais publicações foi os Estados Unidos. Os cuidados integrais com a saúde do recém-nascido foram sintetizados e apresentados na forma de mapa conceitual. Conclusões: os indicadores bibliométricos evidenciam que os cuidados devem ser desprendidos no período perinatal na atenção primária, todavia as publicações científicas vigentes apresentam lacunas na abordagem referente a esses cuidados. Espera-se que este trabalho contribua para ampliar a visão dos profissionais de saúde a respeito dos cuidados integrais voltados para o recém-nascido, de forma a disseminar a produção científica e promover o avanço do debate e a redução da morbimortalidade infantil.

Descritores: Assistência integral à saúde; Recém-nascido; Atenção Primária à Saúde; Indicadores bibliométricos.

¹Esse artigo foi submetido à Revista Latino-Americana de Enfermagem (normas no Anexo B).

Introdução

Nos primeiros dias de vida da criança, sua saúde é considerada potencialmente vulnerável a agravos. Portanto, é imprescindível acompanhar adequadamente o recém-nascido (RN), visando identificar precocemente fatores de riscos, particularmente nesse período⁽¹⁻²⁾.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽³⁾ revelam que, em 2015, aproximadamente 16 milhões crianças morreram antes de alcançar o seu quinto aniversário, a maioria, por causas consideradas evitáveis pela atenção básica, por exemplo, doenças como pneumonia, diarreia e malária. O primeiro mês, a primeira semana e as primeiras horas de vida são as mais críticas para a sobrevivência dos bebês, porque cerca de um milhão de neonatos dão seu último suspiro no dia do seu nascimento, e aproximadamente 2,8 milhões morrem durante os primeiros 28 dias de vida. A mortalidade neonatal é um problema de saúde pública mundial e, portanto, um indicador de cuidado com a saúde no período perinatal⁽⁴⁾.

Além da OMS, outras organizações internacionais, como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e outras Organizações Não Governamentais têm dado atenção especial à saúde infantil, visando garantir um acompanhamento integral e de auxiliar a reduzir a mortalidade através de adequações no âmbito da saúde para atender aos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM)⁽¹⁾.

Assim, a fim de auxiliar a redução da mortalidade infantil no Brasil, para alcançar e sustentar os ODM, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu uma série de políticas e manuais para nortear as ações dos profissionais de saúde, principalmente os que se encontram na linha de frente do cuidado nessa etapa tão frágil da vida. Dentre as principais diretrizes implementadas, estão: a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal, a Caderneta de Saúde da Criança, versão 2013, a Agenda de Compromissos para a

Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde⁽⁵⁾.

Fragilidades na implementação dessas políticas na atenção primária, no início da vida das crianças, podem acarretar diversas consequências quanto ao crescimento e ao desenvolvimento delas, o que resulta em prejuízos, como: atraso no desenvolvimento, desempenho escolar baixo, depressão, comportamento violento, sustentação das taxas de mortalidade e altos índices de doenças crônicas, que interrompem a formação de indivíduos adultos saudáveis e economicamente ativos e não atendem aos ODM causando um desequilíbrio no nível de economia no país⁽⁶⁻⁷⁾.

Tendo em vista a inexistência de estudos que tenham como enfoque os indicadores de saúde específicos para os cuidados integrais com o RN, especificamente no período perinatal, e que visem nortear as ações dos profissionais de saúde na atenção primária, este estudo, de natureza bibliométrica, teve como fio condutor analisar a produção científica acerca da atenção integral à saúde do recém-nascido na atenção primária, com ênfase na identificação de indicadores empíricos de saúde que visam contribuir para se elaborar um instrumento de coleta de dados voltado para a primeira visita domiciliar ao recém-nascido.

Método

Trata-se de pesquisa bibliométrica de abordagem quantitativa, um tipo muito empregado com enfoque na avaliação de tendências e padrões em determinados campos científicos. Tem sido empregada ao longo dos anos para identificar a caracterização da produção científica, tanto quanto os artigos mais citados, como das citações mais clássicas dentro de um mesmo periódico ou entre as mesmas especialidades⁽⁸⁾.

Recentemente, tem se mostrado muito presente na tentativa de analisar a proporção e a qualidade das publicações relacionadas às doenças mais preocupantes no âmbito da saúde e identificar lacunas em pesquisas de diferentes áreas de conhecimento, utilizadas por autoridades científicas para subsidiar decisões importantes⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Para selecionar as publicações que versavam sobre o cuidado integral voltado para o recém-nascido, foram utilizadas os seguintes acervos de bibliografia digitais nacionais e internacionais: PUBMED; Portal de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A busca dos periódicos nas referidas bases de dados foi realizada utilizando-se a terminologia em saúde disponível no Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que servem como linguagem padrão e unificada para a indexação de estudos e periódicos científicos, possibilitando a pesquisa em vários níveis de especificidade.

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2015. Foram utilizados os descritores: Recém-nascido ou *Newborn*; Atenção Integral à Saúde ou *Comprehensive Health Care*; Atenção primária à saúde ou *Primary Health Care*, separados pelo operador booleano “AND”, realizando-se os devidos cruzamentos entre eles. Para selecionar a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis, com abordagem devidamente pertinente ao tema, nos idiomas inglês e português, publicados nos últimos onze anos (2005 a 2015).

A busca culminou em 361 estudos depois da filtragem, obedecendo aos critérios estabelecidos. A seguir, os títulos e os resumos foram criteriosamente revisados, o que resultou na exclusão de 334 publicações por não atenderem ao tema proposto. Portanto, a amostra foi composta de 27 trabalhos, que foram organizados e arquivados em pastas e denominados de acordo com a biblioteca digital em que foram localizados.

Para viabilizar a análise dos estudos selecionados, foi utilizado um formulário de coleta de dados, seguido de sua transcrição para o software *Microsoft Office Excel* versão 2013, que resultou em um banco de dados com variáveis que possibilitaram a análise estatística descritiva com distribuição de frequência em números absolutos e porcentagem, que foi representada em quadros e tabelas relativas aos itens de caracterização da produção científica: nome do periódico, ano de publicação, país da instituição de afiliação do autor, formação profissional dos autores principais, *Journal Citation Reports* (JCR), descritores/ palavras-chave e indicadores empíricos.

No tocante aos indicadores empíricos de saúde referentes aos cuidados integrais com a saúde do RN, empregou-se a metodologia do mapa conceitual para organizar os termos, buscando categorizar as relações entre os conceitos ligados por eles. Para tanto, recorreu-se à ferramenta CMap Tools, em sua versão 5.03, que é um software desenvolvido e distribuído gratuitamente pelo *Institute for Human Machine Cognition* da *University of west* na Florida, o qual permite ao usuário construir, navegar, compartilhar e criticar modelos de conhecimento representados com mapas conceituais. É uma ferramenta avaliativa, que possibilita a organização do conhecimento e promove experiências que suscitem reflexão, busca de compreensão e processamento da informação, o que facilita a aprendizagem⁽¹¹⁾.

Procurou-se identificar alguma afinidade entre os indicadores referente ao cuidado integral com o RN, não só por sua incidência entre as pesquisas, mas, também, por ser o tema deste estudo. Os indicadores empíricos são considerados os critérios e/ou as condições experimentais usados para observar ou mensurar os conceitos de uma teoria que servirá de base para uma prática, a fim de mostrar situações consideradas normais ou esperadas, e que torna possível prevenir agravos à saúde⁽¹²⁾. Através da identificação da relação por afinidade temática conceitual, os indicadores foram agrupados, segundo uma organização sistemática e resumida, mas não, de forma hierárquica.

Resultados

A amostra desta pesquisa foi constituída de 27 trabalhos que versam sobre os cuidados integrais ao recém-nascido na Atenção Primária à Saúde (APS), dois dos quais foram a partir da BVS, 25 provenientes da PUBMED, e nenhum resultou das bases de dados do Portal CAPES após análise quanto à pertinência ao tema. Na Figura 1, observa-se que o maior número de publicações ocorreu em 2010, com sete trabalhos (25,9%), seguido por 2011, com seis (22,2%).

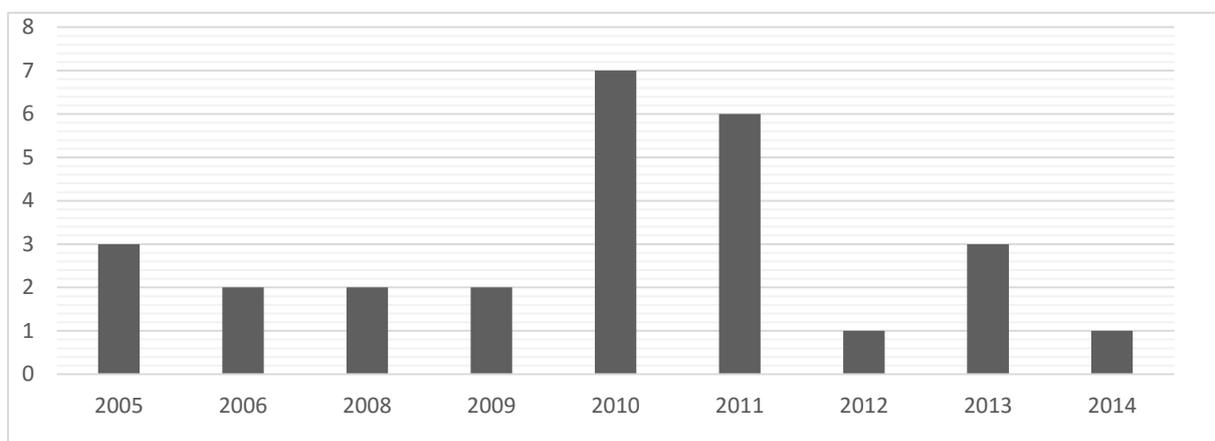


Figura 1 – Distribuição da produção científica acerca dos cuidados integrais com o recém-nascido em relação ao ano de publicação. João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015.

Na Tabela 1, no que concerne ao país de localização da instituição de afiliação dos autores, verificou-se que os Estados Unidos se destacaram com oito pesquisas (29,6%), seguido do Brasil, com cinco (18,5%). Cabe assinalar que apenas uma instituição apresentou mais de uma publicação selecionada no estudo.

Tabela 1 – Distribuição da produção científica sobre os cuidados integrais com o recém-nascido em relação ao país das instituições de afiliação dos autores. João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015.

País/Instituição de afiliação dos autores	N=27	
	n	%
AUSTRÁLIA		
The University of Queensland	1	3,7
The University of Queensland Centre for Clinical Research	1	3,7
Murdoch Childrens Research Institute	1	3,7
University of Melbourne	1	3,7
ÁFRICA DO SUL		
University of Cape Town	1	3,7
BRASIL		
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1	3,7
Universidade Federal da Bahia	1	3,7
Escola Paulista de Medicina	1	3,7
Universidade Federal Fluminense	1	3,7
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”	1	3,7
CANADÁ		
The University of Manitoba	1	3,7
Memorial University of Newfoundland	1	3,7
ESPAÑA		
Servicio Madrileño de Salud	1	3,7
ESTADOS UNIDOS		
Columbia University	2	7,4
Medical College of Wisconsin	1	3,7
Seattle Children’s Research Institute	1	3,7
Robert Wood Johnson Medical School	1	3,7
Hospital Corporation of America	1	3,7
University of Virginia	1	3,7
University of Utah Department of Pediatrics	1	3,7
HOLANDA		
University Medical Center Utrecht	1	3,7
ÍNDIA		
School of Public Health	1	3,7
LITUÂNIA		
Kaunas University of Medicine	1	3,7
NIGÉRIA		
University of Benin Teaching Hospital	1	3,7
PAQUISTÃO		
Aga Khan University	1	3,7
SUÉCIA		
Uppsala University	1	3,7

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos periódicos de publicação dos estudos componentes da amostra. O mais citado foi a Revista Pediatrics (22,3%), com seis trabalhos. Em relação ao de maior fator de impacto, destaca-se o *British Medical Journal* (BMJ), com

JCR de 16.30. Dentre as 19 revistas em que estavam distribuídas as pesquisas, a média do JCR foi de 2.42, com desvio-padrão de 3.67.

Tabela 2 – Distribuição da produção científica sobre os cuidados integrais com o recém-nascido em relação ao periódico e ao respectivo fator de impacto - João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015.

Revista	JCR* 2014	N=27	
		n	%
BMC [†] Pregnancy and Childbirth	2.19	1	3,7
Int J Womens Health	0.00	1	3,7
BMC psychiatric	2.21	1	3,7
BMC Family Practice	1.67	2	7,4
BMC Pediatrics	1.93	2	7,4
BMC Public Health	2.26	1	3,7
Implement Sci	4.12	1	3,7
BMJ [‡]	16.30	1	3,7
Indian J Public Health	0.00	1	3,7
NIH Public Access	0.00	1	3,7
Arch Pediatr Adolesc Med.	5.73	1	3,7
Pediatrics	5.47	6	22,3
Academic Pediatrics	2.01	1	3,7
Sao Paulo Med J	0.72	1	3,7
Cad Saude Publica	0.98	1	3,7
Medicina (Kaunas)	0.49	1	3,7
Niger J Clin Pract	0.53	1	3,7
SAMJ [§]	1.63	1	3,7
Rev Lat Am Enfermagem	0.53	1	3,7
Arch Dis Child	2.90	1	3,7

* Journal Citation Records

[†] biomedcentral

[‡] British Medical Journal

[§] South Africa Medical Journal

No que diz respeito às palavras-chaves provenientes de indexação predominantemente MeSH e mais evidenciadas nos estudos analisados, o descritor 'recém-nascido' foi o mais citado (27), ou seja, todos os estudos continham esse descritor, seguido de Atenção primária à saúde (22), Infante (15) e aleitamento materno (10), conforme apresentado na Quadro 1. Esse último descritor evidencia, possivelmente, mais concentração dos estudos

voltados para o aleitamento materno do que os demais cuidados a serem desprendidos no período perinatal.

Palavra-chave	n	Palavra-chave	n
Aceitação de cuidados de saúde	01	Ganho de peso	01
Acessibilidade aos serviços de saúde	01	Garantia de qualidade	02
Aconselhamento	02	Gerenciamento de caso	01
Adesão à orientação	03	Gravidez	06
Adesão do paciente	01	Gravidez de alto risco	01
Agente comunitário de saúde	01	Hiperbilirrubinemia	01
Agentes antibacterianos	02	Hospitalização	02
Aleitamento materno	10	Icterícia neonatal	07
Alimento infantil	01	Idade gestacional	01
Alta do paciente	02	Infante	15
Anemia falciforme	01	Infante, Prematuro	06
Anormalidades congênitas	02	Infecções do tracto respiratório	02
Antimaláricos	01	Intervenção precoce	03
Apoio social	01	Medicina tradicional	01
Atenção primária à saúde	22	Médicos	01
Atropometria	01	Megaloencefalia	02
Avaliação de resultados	02	Mortalidade infantil	03
Avaliação de risco	02	Obesidade	01
Bem-estar infantil	02	Obstetrícia	02
Bilirrubina	02	Papel do profissional	01
Cabeça	01	Paridade	01
Centros de saúde materno-infantil	01	Parto domiciliar	01
Certidão de óbito	01	Pediatria	06
Complicações na gravidez	02	Pessoal de saúde	02
Comportamento alimentar	01	Pneumonia	02
Comportamento da criança	01	Pobreza	01
Comunicação	01	Políticas públicas	01
Comunicação interdisciplinar	01	Populações vulneráveis	01
Continuidade do atendimento ao paciente	03	Prática da família	01
Criança	02	Práticas de conhecimento	02
Crianças com deficiência	03	Pré-escolar	07
Cuidado integral à saúde	01	Prestação de cuidados de saúde	01
Cuidadores	02	Prevenção primária	01
Cuidados ambulatoriais	01	Programas de saúde	01
Cuidados de longa duração	01	Programas do governo	01
Cuidados infantis	06	Promoção da saúde	03
Cuidados intensivos	02	Psicologia dos pais	01
Cuidados pós-parto	01	Recém-nascido	27
Cuidados pré-natais	03	Referência e consulta	01
Deficiências do desenvolvimento	03	Relação mãe-filho	01
Desenvolvimento da criança	02	Relação médico-paciente	01
Diarreia	02	Relação pai-filho	01

Diretrizes de planejamento em saúde	01	Relação profissional-família	02
Diretrizes de prática	04	Risco	01
Distúrbios da respiração	02	Satisfação do paciente	01
Divulgação de informações	01	Saúde da família	01
Doença crônica	01	Saúde da mãe	04
Doenças do cérebro	02	Saúde neonatal e infantil	01
Doenças genéticas	02	Saúde rural	01
Doenças metabólicas	02	Sensibilidade e especificidade	01
Educação do paciente	02	Sepse	02
Educação em saúde	01	Serviços de saúde comunitários	01
Enfermagem	01	Serviços de saúde da criança	02
Enfermagem materno-infantil	01	Serviços domiciliares	01
Enfermagem qualificada	01	Tabelas de crescimento	01
Estágio e residência	01	Transfusão	01
Exame físico	01	Transtornos da lactação	01
Fatores sensíveis à idade	01	Transtornos mentais	01
Fatores de risco	02	Transtornos puerperais	01
Fatores socioeconômicos	02	Triagem neonatal	04
Fibrose cística	01	Trimestre da gravidez	01
Fórmula infantil	01	Uso de oxigênio	01
Fototerapia	02	Violência	02

Quadro 1 – Distribuição dos descritores da produção científica acerca dos cuidados integrals com o recém-nascido. João Pessoa, PB, Brasil, 2005 a 2015.

Mediante a análise dos artigos, foi possível identificar 625 indicadores empíricos que, organizados, possibilitaram a construção de um mapa conceitual, a partir da semelhança do sentido dos termos, conforme a Figura 2.

Discussão

O Brasil tem consolidado pactos para melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à mãe e ao recém-nascido na APS, com o objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e infantil⁽¹³⁾. As diretrizes políticas para a infância têm considerado o período pós-parto como o centro de ações e de cuidados que antecipam o aparecimento de enfermidades⁽¹⁴⁾.

Para alcançar a assistência integral à criança, segundo o Ministério da Saúde, é preciso empregar princípios norteadores do cuidado. Dentre eles, destacam-se o planejamento e o desenvolvimento de ações; a realização de uma assistência resolutiva; e a avaliação permanente e sistematizada no atendimento às crianças e às mães⁽¹⁵⁾. Porém, isso só é possível se os profissionais de saúde estiverem capacitados de forma adequada⁽¹⁴⁾.

Os dados obtidos a partir da análise do ano de publicação dos estudos apresentados na Figura 1 assinalaram uma frequência contínua de publicações, com picos apenas nos anos de 2010 e 2011, bem como ausência de produção nos anos de 2007 e 2015 até o momento da coleta dos dados (março). Evidencia-se certa escassez de produções acerca dessa temática tão relevante para reduzir a morbimortalidade infantil contrapondo-se às tentativas de melhoria já citadas.

Quando comparadas com a literatura nacional e a internacional concernente aos cuidados integrais com a saúde do recém-nascido, nos últimos 10 anos, destaca-se uma preocupação maior quanto à sistematização e à padronização das ações dos profissionais de saúde no âmbito internacional⁽¹⁶⁾, visto que os pesquisadores evidenciaram a criação de diretrizes de cuidados, instrumentos de visita domiciliar, instrumentos para consultas, testes de triagem específicos, bem como treinamento dos agentes de saúde e melhoria na qualificação

para os profissionais de nível superior. Todas essas diretrizes são estratégias voltadas para melhorar as ações em saúde infantil.

Em consonância com o exposto, identificou-se uma estratégia adotada pelos Estados Unidos - “*The Well-baby care*” - que representa mais de um terço de todas as visitas para bebês e crianças pequenas no país, com êxito comprovado na identificação de condições de saúde, questões sociais, de desenvolvimento e comportamentais que poderiam ter impacto de longo prazo na vida das crianças⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. No Canadá, existe iniciativa semelhante, porém o instrumento adotado foi o “*Rourke Baby Record*”⁽¹⁹⁾ e consiste em quatro guias para traçar o bem-estar do bebê por meio de protocolos de visitas domiciliares desde o nascimento até os cinco anos de idade.

Alguns estudos pesquisados⁽²⁰⁻²¹⁾, juntamente com a UNICEF e a OMS, concordam que a visita domiciliar (VD) é uma importante estratégia para promover acesso universal aos cuidados pré-natais e no pós-parto, favorecendo a redução da mortalidade materna e neonatal. Assim, pesquisas⁽²²⁾ têm demonstrado que intervenções de cuidado com os recém-nascidos, baseadas em assistência domiciliar, podem evitar 30 a 60% das mortes de neonatos. Isso endoça a importância da visita domiciliar aos bebês na primeira semana de vida como uma forma de reduzir a mortalidade neonatal, conforme recomendações das referidas organizações mundiais.

A VD é capaz de promover a parentalidade positiva e evitar a exposição da criança ao estresse durante um período crítico do seu desenvolvimento. Todavia, a maioria das famílias, em países como Bangladesh, Malawi, e Nepal, recebem cada vez menos visitas domiciliares do que o adotado por modelos baseados em evidências⁽²²⁻²⁵⁾. Além disso, os profissionais de saúde brasileiros não dispõem de instrumentos específicos que guiem ou facilitem as visitas e os diagnósticos durante a efetivação de suas ações de promoção à saúde, bem como escalas que subsidiem sua avaliação.

Com a análise dos principais indicadores concernentes aos cuidados integrais dispensados ao RN, que foram coletados nas publicações de artigos nacionais e internacionais no período estudado, foi possível apreender que a saúde integral do bebê se subdivide em dados referentes à saúde materna e à saúde do recém-nascido. Todavia, não foi possível identificar publicações que visem abordar, em sua totalidade, orientações às mães quanto aos cuidados para a promoção da saúde integral do recém-nascido, tendo em vista que os indicadores eram citados de forma indireta diante da abrangência dada às condições isoladas de problemas de saúde referentes ao binômio mãe-filho.

Conclusão

Os indicadores bibliométricos investigados evidenciam um cenário dos cuidados que devem ser desprendidos no período perinatal, com enfoque maior para assuntos que se referem à amamentação. Verificou-se que a maior quantidade de publicações foi produzida por periódicos internacionais, e os Estados Unidos foi o país que mais publicou acerca da referida temática.

Apesar dos esforços consolidados, as publicações científicas vigentes apresentam lacunas na abordagem referente ao cuidado integral voltado para o recém-nascido na Atenção Primária, porquanto não apresentam um acervo completo de informações aos profissionais de saúde, razão por que são necessárias mais investigações acerca desse tema, especialmente no Brasil.

Espera-se que este trabalho contribua para ampliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância dos cuidados integrais com o recém-nascido, de forma a disseminar a produção científica, promover o avanço do debate e a implementação de ações efetivas. Contudo ele apresenta algumas limitações ao abordar pesquisas apenas nos idiomas inglês e

português, ainda que esse primeiro idioma esteja contemplado na internacionalização das pesquisas científicas.

Referências

1. Welaga P, Moyer CA, Aborigo R, Adongo P, Williams J, Hodgson A, et al. Why are babies dying in the first month after birth? A 7-year study of neonatal mortality in Northern Ghana. *Plos One*. 2013; 8 (3):e58924.
2. Save the children. *Surviving the first day: state of the world's mothers*. Westport: Save the children; 2013. 86 p.
3. United Nations. *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations; 2015. 72 p.
4. Sabiri N, Kabiri M, Karboubi L, Bouziane A, Barkat A. Risk factors for perinatal mortality at Souissi Maternity Hospital, Rabat, Morocco. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(3):285–6.
5. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):1000-7.
6. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2015; 23 (5):954–62.
7. Silver KL, Singer PA. A focus on child development. *Science*. 2014;345(6193):121.
8. Marziale MHP. Indicators of Ibero-american scientific production [editorial]. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19 (4):853-4.
9. McDowell DT, Glynn RW, Mortell A, Quinn F. Publication patterns on neonatal surgery over 65 years. *J Pediatr Surg*. 2013;48(3):585-90.

10. Quinn N, Hensey O, McDowell DT. A historical perspective of pediatric publications: a bibliometric analysis. *Pediatrics*. 2013;132(3):406–12.
11. Souza NA, Boruchovitch E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. *Educ Rev*. 2010; 26(3):195-217.
12. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
13. Ministério da Saúde (BR). Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
14. Woods DL. Improving neonatal care in district and community health facilities in South Africa. *Paediatr Int Child Health*. 2015;35(3):187-91.
15. Aparecida M, Gaiva M, Dias S, Carvalho V, Siqueira A. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare Enferm*. 2012;17(4):730–7.
16. Norlin C, Crawford MA, Bell CT, Sheng X, Stein MT. Delivery of Well-Child Care: A Look Inside the Door. *Acad Pediatr*. 2011;11(1):18–26.
17. McBride DL. New Models of Well-Child Care Visits. *J Pediatr Nurs*. 2014;29(6):703–4.
18. Coker TR, Moreno C, Shekelle PG, Schuster MA, Chung PJ. Well-Child Care Clinical Practice Redesign for Serving Low-Income Children. *Pediatrics*. 2014;134(1):e229–39.
19. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J, Li P. Getting it right from birth to kindergarten: What’s new in the Rourke Baby Record? *Can Fam Physician*. 2013;59(4):355-9.
20. Haran C, Van DM, Mitchell BL, Brodribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):51.

21. Findley SE, Uwemedimo OT, Doctor HV, Green C, Adamu F, Afenyadu GY. Comparison of high- versus low-intensity community health worker intervention to promote newborn and child health in Northern Nigeria. *Int J Womens Health*. 2013;5:717-28.
22. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund. Joint statement on home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Geneva: World Health Organization. United Nations Children's Fund; 2009.
23. Folger AT, Brentley AL, Goyal NK, Hall ES, Sa T, Peugh JL, et al. Evaluation of a Community-Based Approach to Strengthen Retention in Early Childhood Home Visiting. *Prev Sci*. 2015.
24. Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M, Cousens S, Kak L, Paul VK, et al. Who has been caring for the baby? *Lancet*. 2014;384(9938):174-88.
25. Sitrin D, Guenther T, Murray J, Pilgrim N, Rubayet S, Ligowe R, et al. Reaching Mothers and Babies with Early Postnatal Home Visits: The Implementation Realities of Achieving High Coverage in Large-Scale Programs. *Plos One*. 2013;8(7):e68930

5.5 Conceituação constitutiva dos indicadores

Depois de identificar as variáveis, foi preciso conceituar adequadamente cada uma delas. Assim, foi realizada a conceituação clara e precisa dos fatores com os quais se queria construir o instrumento de medida. Existem duas formas de conceituar o objeto que está sendo estudado: a definição constitutiva e a definição operacional. A primeira é a que aparece em dicionários e enciclopédias, e a segunda refere-se a uma tentativa de tornar concreto algo abstrato para torná-lo possível de ser mensurado. Vale salientar que esse não é o objetivo deste estudo, pois o instrumento aqui elaborado visa guiar as ações dos profissionais por meio de coleta de dados imprescindíveis à saúde do RN. Trata-se, portanto, de um instrumento de coleta importante apenas para a conceituação constitutiva dos indicadores empíricos identificados⁽⁵⁶⁾.

Quadro 2: Conceituação constitutiva dos indicadores empíricos selecionados para construção do instrumento, João Pessoa-PB, 2016

Indicadores empíricos	Definições constitutivas
Riscos à mãe	Sinais de risco de morte e outras condições graves que necessitem de intervenção imediata, como: febre, fraqueza, corrimento com odor fétido; dor abdominal; cefaleia, convulsão, disúria e dificuldades respiratórias.
Sinais de perigo	Terminologia que se refere a sinais de risco de morte e outras condições graves que necessitem de intervenção imediata, como: hemorragia intensa, frequência respiratória abaixo de 30 respirações por minuto, febre intensa, dor abdominal intensa, febre, fraqueza, corrimento com odor fétido, dor abdominal, cefaleia, convulsão, disúria e dificuldades respiratórias.
Aspecto das mamas	Avaliação do aspecto das glândulas mamárias, a fim de prevenir e/ou orientar eventuais problemas que possam dificultar a amamentação, como: ingurgitamento mamário, traumas/fissuras mamilares, mastite, entre outros.
Lóquios	Descarga vaginal durante alguns dias, após o parto. Deve-se avaliar se apresenta aspectos fisiológicos.
Incisão cirúrgica	Corte realizado para extrair o feto durante o parto - deve-se avaliar se apresenta aspectos normais, se há sinais flogísticos de inflamação, ruptura de ponto para realização de devida orientação quanto aos cuidados.

Sinais de ansiedade e/ou depressão	Sinais e sintomas de depressão no período perinatal são similares a outros que ocorrem em diferentes momentos da vida. A exemplo de: humor reduzido, perda de interesse ou prazer, sentimento de tristeza, perda de interesse em atividades cotidianas, perda ou ganho significativo de peso, distúrbios do sono, agitação ou retardo, falta de energia ou fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva, dificuldade de concentração, pensamentos suicidas. Estes, normalmente identificados diariamente.
Apoio familiar	É o contexto familiar em que a criança está inserida, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros aspectos.
Tipo de parto	Parto cesáreo: É o procedimento cirúrgico que inclui incisão abdominal para extrair o conceito do útero materno durante o trabalho de parto. Pode apresentar riscos que trazem problemas e complicações, com conseqüente morte do recém-nascido, durante a intervenção ou depois dela, como a dificuldade técnica para extrair o bebê, infecção, broncoaspiração e traumatismo. Parto normal: É o procedimento no qual o conceito nasce por via vaginal. Caracteriza-se pelo trabalho de parto e parto sem intervenção médica, geralmente envolvendo terapia de relaxamento.
Peso ao nascer	É a primeira medida de peso do feto ou recém-nascido que é obtida depois do nascimento. As definições de peso ao nascer "baixo", "muito baixo" e "extremamente baixo" não constituem categorias mutuamente exclusivas. Abaixo dos limites estabelecidos, elas são totalmente inclusivas, portanto se superpõem (isto é, "baixo", inclui "muito baixo" e "extremamente baixo", enquanto "muito baixo" inclui "extremamente baixo").
Idade gestacional	A idade gestacional é expressa em dias ou semanas completas. É, frequentemente, uma fonte de confusão quando os cálculos são baseados em datas menstruais. Para os propósitos de cálculos da idade gestacional, a partir da data do primeiro dia do último período menstrual normal e a data do parto, deve-se ter em mente que o primeiro dia é zero, e não, o dia um; os dias 0-6 correspondem à "semana zero completa", os dias 7-13, à "semana completa um", e a quadragésima semana da gravidez atual é sinônimo de "semana completa 39".
APGAR	Método desenvolvido pela Dra. Virgínia APGAR, para avaliar a adaptação de um recém-nascido à vida extrauterina. Cinco itens são avaliados: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração. Esses aspectos são avaliados 60 segundos após o nascimento e novamente depois de cinco minutos, numa escala de 0 a 2 (sendo 0 o mais baixo e 2 o normal). A soma dos cinco números compõe a contagem de APGAR. Uma contagem de 0-3 representa dificuldade intensa, 4-7 indica dificuldade moderada e uma contagem de 7-10 prognostica uma ausência de dificuldades de adaptação à vida extrauterina.
Intercorrências	Algumas crianças apresentam, já ao nascer, algumas características associadas a um risco maior de adoecer e morrer. Se houve intercorrências, é necessário priorizar seu acompanhamento na atenção básica, inclusive com busca ativa.
Amamentação I ^a hora de vida	Recomenda-se que o aleitamento materno seja iniciado na primeira hora de vida. O aleitamento materno precoce proporciona um período maior de amamentação, melhor interação mãe bebê e menos risco de hemorragia materna.

Hospitalizações	Algumas crianças apresentam, já ao nascer, algumas características associadas a um maior risco de adoecer e morrer. Se houveram hospitalizações faz-se necessário a priorização do seu acompanhamento na atenção básica, inclusive com busca ativa.
Perímetro cefálico	O perímetro craniano é informação indispensável e deve ser medido com fita métrica inextensível, passando pela glabella e pela proeminência occipital. No RN a termo, varia de 33 a 37cm. Esses dados, juntamente com o peso e o comprimento, devem ser lançados no gráfico de crescimento. Se a criança for prematura, deve-se levar em conta sua idade cronológica corrigida.
Perímetro torácico	Encontra-se, normalmente, cerca de 2cm menor que o cefálico.
Perímetro abdominal	Encontra-se, normalmente, cerca de 2 a 3cm menor que o cefálico.
Estatuta	As crianças menores de dois anos devem ser medidas deitadas (comprimento).
Fontanela anterior/bregmática	A fontanela bregmática, na forma de losango, formada na confluência dos ossos frontal e parietais, apresenta-se com tamanho variável no RN a termo. Quando abaulada, sugere aumento da pressão intracraniana, como ocorre na meningite, hidrocefalia, edema cerebral ou hemorragia intracraniana. Quando deprimida, associa-se à desidratação.
Fontanela posterior/lambdoide	A lambdoide entre os ossos parietais e o occipital, geralmente é pequena (justaposta). Quando grande, pode estar associada a doenças como hipotireoidismo e síndrome de Down.
Temperatura	Em um recém-nascido, deve-se avaliar se a temperatura axilar se encontra dentro dos padrões considerados normais: acima de 36° e abaixo de 37,5°C.

Frequência cardíaca	A frequência cardíaca varia, em média, de 120 a 140bpm. Os RN em repouso com frequência cardíaca acima de 160bpm (taquicardia) devem ser mais bem avaliados.
Frequência respiratória	A frequência respiratória média é de 40 a 60 incursões por minuto (contada em 1 minuto). Frequência acima de 60 caracteriza a taquipneia, que deve ser investigada.
Pele	A pele apresenta diversas características que devem ser atentamente observadas durante o exame físico do RN. Devem-se avaliar: textura; umidade; cor; presença de milium; presença de lanugo; presença de vérnix; presença de mancha mongólica; presença de icterícia e presença de anomalias.
Musculatura	São avaliados o tônus e o trofismo. Um RN normal a termo apresenta hipertonia em flexão dos membros. O RN a termo em decúbito dorsal apresenta os membros superiores fletidos e os inferiores semifletidos, cabeça lateralizada e mãos cerradas. O tônus muscular depende da idade gestacional - quanto mais próximo do termo, maior o tônus flexor.
Achados na cabeça	Inicia-se o exame verificando assimetrias. Frequentemente encontram-se assimetrias transitórias, que variam de acordo com a apresentação fetal. Assim, o parto normal, especialmente na raça negra, pode causar o aumento do diâmetro ântero-posterior (dolicocefalo). Por outro lado, no parto cesáreo, o crânio pode apresentar-se mais “arredondado”, já que a cabeça não sofre adaptação ou amoldamento no canal de parto. A seguir, faz-se a palpação das suturas cranianas. São comuns as sobreposições das bordas dos ossos do crânio (cavalgamentos), especialmente no parto normal, as quais desaparecem em poucos dias, bem como as disjunções de suturas, sem qualquer expressão patológica. Por outro lado, quando ocorre a fusão intrauterina das suturas, o osso para de crescer e ocorre afundamento local com assimetria do crânio, o que constitui a craniossinostose. Essa situação patológica pode requerer tratamento cirúrgico. Na palpação das fontanelas, deve-se atentar para o tamanho (medido em centímetros nas diagonais), a tensão, os abaulamentos ou depressões e as pulsações.
Achados nos olhos	Deve-se observar a distância entre os olhos, entre os cantos internos das pálpebras (distância intercantal interna), a posição da fenda palpebral (transversal – normal, ou oblíqua – presente em algumas anomalias congênicas) e a presença de sobrelanceiras, cílios e epicanto.
Achados dos ouvidos	Devem-se verificar a forma, a consistência e a implantação dos pavilhões auriculares e a presença de condutos auditivos externos, fístulas retroauriculares e apêndices pré-auriculares. É necessário também avaliar a função do sistema auditivo.
Achados no nariz	Quando o RN está calmo, dormindo e com a boca fechada, pode-se observar a permeabilidade nasal do ar inspirado e expirado. Obstrução nasal e espirros frequentes são comuns e, muitas vezes, decorrentes do trauma causado pela aspiração das vias aéreas superiores no nascimento. Batimentos das aletas nasais são visíveis em RN com dificuldade respiratória. A presença de coriza mucoide, mucopurulenta ou mucopiosanguinolenta é rara e sugere o diagnóstico de lues congênita (geralmente em torno da segunda semana de vida).

Achados na boca	A cavidade oral deve ser observada cuidadosamente. O exame pode ser feito durante o choro e, na maioria das vezes, não há necessidade de se utilizar abaixador de língua para visualizá-la melhor. Devem-se observar, inicialmente, as mucosas. Podem-se encontrar aftas de Bednar, decorrentes de lesão traumática da mucosa por aspiração ou limpeza agressiva logo após o parto. A presença de saliva espessa indica desidratação, e a sialorreia pode sugerir atresia de esôfago.
Achados no pescoço	O pescoço do RN é curto, e isso dificulta o exame. A discreta extensão da cabeça permite sua melhor visualização. Deve-se palpar a parte mediana do pescoço a fim de se detectar o crescimento anormal da tireoide (bócio) e a presença de fístulas, cistos e restos de arcos branquiais.
Achados no tórax	Na inspeção do tórax do RN, pode-se detectar sua forma normal, cilíndrica. No RN a termo seu perímetro (passando pelos mamilos) é cerca de 2cm menor que o cefálico. Assimetria pode estar associada à malformação cardíaca, pulmonar, da coluna e do arcabouço costal. O apêndice xifoide é frequentemente saliente.
Aparelho respiratório	A respiração do RN é do tipo costoabdominal. São comuns as variações de frequência e do ritmo respiratório, com pausas respiratórias curtas (cerca de 5 segundos) nos RN prematuros. Presença de tiragem intercostal supra e infraessernal é anormal, mesmo em RN prematuros. A palpação, a percussão e a ausculta devem ser feitas em toda a área de extensão do parênquima pulmonar. A percussão deve revelar o som claro pulmonar característico, exceto na área de projeção do fígado, onde o som pode ser submaciço ou maciço. Se, de um lado, a ausculta do murmúrio vesicular pode ser facilitada pela pequena espessura da parede torácica, de outro, a respiração superficial pode dificultá-la. Estertores finos ou crepitantes são comuns logo após o nascimento, assim como roncos de transmissão, decorrentes de obstrução nasal. Assimetrias detectadas na inspeção, na palpação, na percussão ou na ausculta são importantes indicadores de anormalidades, portanto devem ser investigadas.
Inspeção do abdome	Na inspeção, o abdome do RN apresenta-se semigloboso, com perímetro abdominal cerca de 2 a 3cm menor do que o cefálico. Habitualmente, não se visualizam ondas peristálticas. A presença de abdome globoso, distendido, com ondas peristálticas visíveis sugere obstrução. Abdome escavado é sugestivo de hérnia diafragmática.
Percussão do abdome	Com a percussão abdominal, pode-se determinar o tamanho do fígado acompanhando o som submaciço. Caracteristicamente, encontra-se som timpânico no resto do abdome. Eventualmente, consegue-se delimitar o tamanho do baço, sobretudo quando aumentado.
Palpação do abdome	A palpação abdominal deve ser suave e superficial no início, partindo-se da fossa ilíaca em direção ao rebordo costal. Após a palpação superficial, pode-se fazer uma palpação mais profunda. Em condições normais, não se encontram massas abdominais e é possível palpar a borda do fígado a cerca de 2cm do rebordo costal direito, na linha mamilar.
Aparelho geniturinário	O exame da genitália deve ser detalhado, e sempre que possível, com a presença de um dos pais ou de um auxiliar. Se essa regra é fundamental para crianças maiores, não deixa de ser menos importante para um RN.
Achados no ânus	O exame do orifício anal deve ser feito obrigatoriamente, porque, através dele, podem-se detectar anomalias anorretais e fístulas.

Sono e repouso	No início da vida, o bebê dorme bastante. Para garantir um bom sono, é importante que ele durma em lugar tranquilo, arejado e limpo.
Agasalhamento	Para aquecer o RN, é preferível agasalhá-lo com mais roupas do que cobri-lo com muitos lençóis.
Posição ao dormir	O bebê nunca deve dormir de barriga para baixo (de bruços). Recomenda-se que ele durma de barriga para cima. Cuide para que a boca e o nariz não fiquem cobertos.
Prevenção de assaduras	A troca constante de fraldas é recomendada.
Banho	O banho deve ser dado desde os primeiros dias numa banheira ou numa bacia com água morna e sabonete neutro.
Temperatura do banho	Durante o banho deve-se verificar a temperatura da água (ideal 37°C).
Higiene do coto umbilical	A higiene da região umbilical com álcool a 70% é um importante fator de proteção contra infecção. Imediatamente após a limpeza pode-se observar hiperemia transitória da pele, o que não apresenta risco para o RN.
Higiene oral	Deve-se limpar a boca do bebê antes mesmo do nascimento dos dentes. Recomenda-se a limpeza da gengiva, bochecha e língua com fralda ou gaze umedecida em água filtrada ou fervida.
Lavagem das mãos	A lavagem das mãos é a medida preventiva mais importante contra infecção.
Produtos de higiene do bebê	É preciso ter cautela ao recomendar cremes, óleos e loções, pois podem causar alergias. Recomenda-se uso de sabonete neutro no banho.
Higiene do enxoval	É importante que as roupas, os objetos e os brinquedos sejam lavados com água e sabão neutro e bem enxaguados e evitar o uso de produtos perfumados.

Utensílios do bebê	Uma das principais formas de contaminação ou infecção do RN após o nascimento é o contato indireto com fluidos contaminados e vias respiratórias. O RN pode ser colonizado ou infectado por colonização contínua, por meio do contato com objetos. Portanto é imprescindível higienizar qualquer objeto antes de entrar em contato com a criança.
Troca de fraldas	Para evitar assaduras, é necessário trocar as fraldas, sempre que estiverem molhadas ou sujas, e limpar o bebê com pano ou algodão umedecido. Não utilizar talco para evitar que ele se sufoque.
Contato com doenças infectocontagiosas	Portadores de doenças infectocontagiosas não devem entrar em contato com a criança. As principais formas de contaminação ou infecção do RN após o nascimento são: contato direto, contato indireto, fluidos contaminados e vias respiratórias. O RN pode ser colonizado ou infectado por colonização contínua, por meio do contato direto com a mãe, com os familiares e com os profissionais de saúde, ou do contato indireto, com objetos como termômetros, estetoscópios, transdutores, ventilação mecânica, presença de cateter vascular central e outros dispositivos.
Tipo de aleitamento	Aleitamento materno exclusivo – é quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes que contêm vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno predominante – aquele em que a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais. Aleitamento materno – aquele em que a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de estar ou não recebendo outros alimentos. Aleitamento materno complementado – aquele em que a criança recebe, além do leite materno, alimentos complementares, que são sólidos ou semissólidos, que complementam o leite materno. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas que não é considerado alimento complementar. Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.
Alimentação do neonato em aleitamento mista	Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.
Posição do lactente	O posicionamento adequado é caracterizado pelos seguintes pontos-chave: rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo; corpo próximo ao da mãe; cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido); bebê bem apoiado.
Pega do mamilo	A pega adequada é caracterizada pelos seguintes pontos-chave: mais aréola visível acima da boca do bebê do que embaixo; boca bem aberta; lábio inferior virado para fora; queixo tocando a mama.

Livre demanda	Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de duração das mamadas. Nos primeiros meses, é normal que ela mame com mais frequência e sem horários regulares. Em geral, um bebê em amamentação exclusiva mama de 8 a 12 vezes ao dia.
Uso de bicos artificiais	Uso de bicos artificiais ou chupetas por crianças que deveriam ser exclusivamente amamentadas. Especialmente no período de estabelecimento da lactação, esses artefatos podem causar “confusão de bicos”, uma vez que os movimentos da boca e da língua na amamentação são muito diferentes dos utilizados para sugar mamadeira ou chupetas. A associação entre o uso de chupeta e a menor duração da amamentação já está bem documentada.
Alternância das mamadas	Oferecer apenas uma das mamas em cada mamada, para que a criança a esvazie completamente. Se ela quiser mamar novamente em um intervalo de tempo curto (uma hora, por exemplo), a mãe pode oferecer a mesma mama.
Risco de acidentes	Riscos de acidentes são todos os fatores que colocam em perigo a integridade física. São considerados como riscos geradores de acidentes em neonatos: asfixia, quedas, lençóis em excesso, temperatura da água elevada, posição inadequada do berço, dormir com os pais, animais domésticos.
Teste da orelhinha	Rastreamento da deficiência auditiva por meio de medidas fisiológicas da audição.
Teste do olhinho	Consiste em usar oftalmoscópio em quarto escuro, para abrir melhor as pupilas, com cerca de 40 a 50cm de distância. Deve-se pesquisar o reflexo vermelho do fundo do olho, que indica que a transparência da córnea e do cristalino está adequada.
Imunização	Estimulação deliberada da resposta imune do hospedeiro. A imunização ativa envolve a administração de antígenos ou adjuvantes imunológicos. A imunização passiva envolve a administração de soros imunes ou linfócitos ou seus extratos (p.ex., fator de transferência), ou transplante de tecido produtor de célula imunocompetente (timo ou medula óssea).
Sinais de perigo	Indicativos de que a vida do neonato está em risco iminente de morte e de que ele precisa ser encaminhado imediatamente por um profissional de saúde. São eles: recusa alimentar, êmese frequente (tudo o queingere), frequência respiratória (FR) menor do que 30 respirações por minuto (rpm) ou maior do que 60 rpm, febre, hipotermia, secreção purulenta, anemia palmar, convulsões, placas brancas na boca, hipoatividade, irritabilidade, letargia, inconsciência, tiragem subcostal, petéquias, pústulas, vesículas, enchimento capilar lento, distensão abdominal, apneia, choro insistente, batimentos da asa do nariz, gemido ou sibilância, pele cianótica e icterícia.
Vigilância do desenvolvimento	Compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento, durante a atenção primária à saúde da criança. É um processo contínuo, flexível, que requer informações dos profissionais de saúde, pais, professores e outros

Percepção materna quanto ao desenvolvimento do filho	Potencial da mãe na identificação de variantes no desenvolvimento do filho.
Cuidados prescritos	Instruções escritas para a obtenção e o uso de uma variedade de recomendações médicas.
Agendamento de próximos encontros	Ato ou efeito de agendar.

Fonte: DECS; Caderneta de Saúde da Criança; Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para profissionais de saúde; AIDPI neonatal; Dicionário Aurélio; Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period.

A partir da identificação, foi possível delimitar e categorizar os indicadores empíricos mais pertinentes à saúde do recém-nascido, na primeira semana de vida, e estruturar a primeira versão do instrumento de coleta de dados.

6 CAPÍTULO II

Validação do conteúdo e Análise semântica

Depois de categorizar os indicadores empíricos para realizar sua validação científica, partiu-se para a segunda fase, realizada por meio do método de validade de conteúdo, com o julgamento de juízes especialistas. Foi analisada a consistência de cada indicador para avaliar as práticas a que se destinam.

6.1 Análise dos juízes

O instrumento construído (pág. 75) foi enviado por meio de uma carta explicativa contendo as etapas a serem seguidas por endereço eletrônico a 30 profissionais especialistas em neonatologia/pediatria e/ou experientes na Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como parâmetro os seguintes critérios: enfermeiro/a pediátrico, residente em enfermagem pediátrica, residente de medicina pediátrica, médicos/as especialistas em pediatria e neonatologia, gestor do setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, enfermeiro/a especialista em neonatologia e enfermeiro/a atuante na APS.

Porém, apenas 12 especialistas retornaram seu julgamento. Destes, 11 eram do sexo feminino e um do sexo masculino, 10 graduados em enfermagem e 2 em medicina. No que se refere às titulações e experiência profissional, três são residentes em saúde da criança, um especialista em pediatria, um especialista em neonatologia, um mestre em saúde da criança e do adolescente, um doutor em ciências da saúde atuante na área de morbimortalidade materno-infantil e cinco atuantes na ESF.

No que concerne à análise do conteúdo realizada de acordo com a opinião dos juízes, uma concordância mínima de 80% é necessária para considerar a pertinência e, conseqüentemente, a permanência dos indicadores. Tal fator serve de critério de decisão durante o processo. Durante essa etapa, os especialistas descritos foram convidados a avaliar o instrumento e orientados quanto ao preenchimento de sugestões sobre o conteúdo e a forma de apresentação, caso considerassem necessário⁽⁵⁶⁾.

O instrumento construído (Apêndice C) continha itens em uma escala dicotômica que serviu de parâmetro para ser julgado como “pertinente” ou “não pertinente”. Nessa escala, os participantes também dispuseram de um espaço destinado a sugestões para o acréscimo de algum indicador ou comentários sobre ele. O documento também dispunha de uma seção destinada à avaliação da clareza, da completude e da pertinência do instrumento em relação ao objetivo proposto (construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na Primeira Semana Saúde Integral, na Atenção Primária à Saúde). Foi possível mensurar tais

impressões em escala de *Likert* de zero a dez, o que possibilitou a realização, à posteriori, das análises estatísticas descritas a seguir.

6.2 Teste binomial

Para construir e formatar a versão preliminar do instrumento, procedeu-se à leitura atenta dos dados, que foram, em seguida, compilados. Foram considerados os indicadores empíricos com o índice de concordância (IC) maior ou igual a 0,80 ($IC \geq 0.80$). Essa análise foi feita por meio do teste binomial, que compara duas frequências observadas em uma mesma variável dicotômica com frequências que seriam esperadas em uma distribuição binomial⁽⁶³⁾.

6.3 Análise de agrupamento

Em sequência, os dados obtidos com base na análise dos juízes possibilitaram o emprego da análise de agrupamento (*cluster analysis*), que consiste em um grupo de técnicas computacionais cujo propósito é de separar objetos em grupos, baseando-se nas características desses objetos. A ideia básica é de colocar em um mesmo grupo objetos que sejam similares de acordo com algum critério pré-determinado. O critério baseia-se, geralmente, em uma função de dissimilaridade, a qual recebe dois objetos e retorna a distância entre eles. Assim, os grupos determinados por uma métrica de qualidade devem apresentar alta homogeneidade interna e alta separação (heterogeneidade externa)⁽⁶⁴⁾.

Os elementos de determinado conjunto devem ser mutuamente similares e, preferencialmente, muito diferentes dos de outros conjuntos cuja finalidade é de reunir, por meio de algum critério de classificação, as unidades amostrais em grupos de tal forma que exista homogeneidade ou heterogeneidade dentro do grupo. O processo de agrupamento envolve basicamente duas etapas: a primeira se refere à estimação de uma medida de dissimilaridade entre os indivíduos e a segunda refere-se à adoção de uma técnica de formação de grupos. Na segunda etapa deste estudo, pode ser apresentado um gráfico denominado de dendrograma, que representa a aglomeração com as medidas de dissimilaridade de 0 a 25, que serve para a escolha do número adequado de *clusters*^(65,66).

6.4 Teste de fidedignidade

O teste de fidedignidade adotado faz referência à propriedade do instrumento de produzir os mesmos resultados em diferentes provas. Assim, esse conceito diz respeito ao problema de estabilidade no tempo e de consistência interna. É realizado mediante a estimativa de um coeficiente de precisão, a partir da análise estatística dos dados em uma única aplicação do instrumento a uma população de sujeitos (juízes). Esses coeficientes visam verificar a consistência interna do instrumento, através da análise da consistência interna dos itens que o compõem, isto é, verifica-se a coerência de cada item com o restante dos itens do mesmo instrumento. O teste estatístico mais geral desse tipo de análise é o coeficiente *Alfa de Cronbach*⁽⁶⁷⁾.

O coeficiente *Alfa de Cronbach* (coeficiente α) é uma forma de estimar a fidedignidade de um questionário aplicado em uma pesquisa. Mede a correlação entre as respostas de um questionário, por meio da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Trata-se de uma correlação média entre perguntas. Como todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador⁽⁶⁸⁾.

O coeficiente de fidedignidade (*Alfa de Cronbach*) será melhor quanto mais o seu valor se aproximar de 1⁽⁵⁶⁾.

6.5 Recursos utilizados

Para viabilizar a análise dos dados, foi utilizado o software *Microsoft Office Excel* versão 2013 para construir o banco de dados, através de variáveis alimentadas por meio de dupla entrada das informações. Para a realização dos testes estatísticos, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão de avaliação 22.0. Os resultados obtidos foram sintetizados e representados na forma de quadros e tabelas.

6.6 Análise semântica

A análise semântica, considerada terceira fase do estudo, teve como objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros aos quais o instrumento se destina. Para isso, verificou-se se os itens são inteligíveis para o estrado mais baixo de habilidade da população meta⁽⁵⁶⁾, ou seja, a que utilizará o instrumento.

Para isso, utilizou-se a técnica conhecida como *Brainstorm*, reconhecida como a mais eficaz na avaliação sobre a compreensão dos itens, e que consiste em checá-los através da

realização de entrevista com pequenos grupos de três a quatro pessoas que poderão utilizar o instrumento. Assim, foi apresentado item por item do instrumento e foi solicitado que fossem reproduzidos um por um. Se a reprodução não deixasse nenhuma dúvida, o item estaria corretamente compreendido. No surgimento de divergências, os próprios sujeitos do grupo sugerem como se deve reformular corretamente o item⁽⁵⁶⁾.

Para melhor condução da técnica, a pesquisadora construiu e utilizou um roteiro (Apêndice D) que dispunha de um espaço para as sugestões e adequações a serem realizadas pelas participantes.

Foram convidadas para fazer essa avaliação três enfermeiras recém-graduadas, com idades variando entre 25 e 33 anos, duas delas concluíram o curso em outubro de 2013 e uma havia concluído sua graduação em Agosto de 2014 e nenhuma havia exercido até então atividades laborais no seu âmbito de formação. Foi considerado que elas têm o menor nível de habilidades necessárias ao preenchimento do instrumento e, possivelmente, poderão utilizá-lo. Isso ocorre por se pressupor que, se os sujeitos de um estrato mais baixo do que os que irão utilizar o instrumento compreendem bem os itens apresentados, os indivíduos para o qual o instrumento está sendo construído também o compreenderão⁽⁵⁶⁾.

6.7 Modificações apreendidas durante o estudo

Ao longo da realização deste estudo, o instrumento sofreu modificações pertinentes às etapas metodológicas aqui descritas, bem como através das qualificações referentes ao Programa de pós-graduação a que está vinculado, sempre considerando a experiência das pesquisadoras e grupo de pesquisa envolvidos no processo. Estas modificações foram sintetizadas e exemplificadas no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3: Síntese das modificações realizadas nos itens que compõem o instrumento ao longo do estudo, João Pessoa-PB, 2016

ITENS			
Acrescidos	Eliminados	Modificados	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
	Endereço	Caucasiano	➔ Branco
	Bairro	Nome da mãe	➔ Nome do (a) responsável
	Cidade		
	Estado		
DADOS DA PUÉRPERA			
	Gesta	Idade do último Filho	➔ Idade do penúltimo Filho
	Para	Filhos anteriores	➔ Condições de risco em filhos anteriores
		Grau de escolaridade	➔ Anos de estudo completos

DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO			
Ácido fólico		Doença gestacional	→ Sinais de agravos à saúde
Sulfato ferroso			
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES MATERNAS			
	Sinais de perigo		
	Método contraceptivo		
	Tipo de contracepção		
DADOS REFERENTES AO PARTO			
	Perímetro cefálico		
EXAME FÍSICO*			
Perímetro cefálico	Textura e umidade da pele	Altura	→ Estatura
Perímetro torácico	Cor da pele	Fontanela bregmática	→ Fontanela anterior
P. abdominal	Achados subcutâneos	Fontanela lambdoide	→ Fontanela posterior
Estatura	Gânglios palpáveis		
Temperatura	Esqueleto e articulações		
F. cardíaca	Achados no crânio		
F. respiratória	Percussão		
Fontanela anterior	Aparelho feminino		
F. posterior	Aparelho masculino		
	Sistema nervoso		
	Reflexos primitivos		
AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DO RECÉM-NASCIDO			
Temp. do banho	Uso de produtos químicos	Alterna mamadas	→ Alternância mamária
Insumos do bebê	Banho de sol		
Inc. Aleitamento	Observar vínculo		
AVALIAÇÃO DE RISCOS AO RECÉM-NASCIDO*			
Reflexo da sucção	Teste do pezinho	RN observa o rosto a 30 cm	→ Observa um rosto
Mãos fechadas	Teste do coração	PC < 10 cm ou PC > 90 cm	→ PC < -2 escores z ou > +2
	Ausência de 1 ou mais reflexos primitivos		

*Na secção Exame Físico todos os subitens foram eliminados e em seguida substituídos por um local destinado às anotações desses quando identificados.

Assim, após certificação de que o instrumento seria compreensível ao seu público alvo e tendo seguido todas as etapas descritas nos capítulos anteriores, foi possível estruturar a versão final do instrumento de coleta de dados, exposto a seguir.

20. Se respondeu afirmativo na questão 19, assinale: (1) Álcool (2) Tabaco (3) Entorpecentes

DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO

21. Pré-natal: (1) Realizou (2) Não Realizou 22. Número de consultas de pré-natal: _____.

23. Características do pré-natal (quando precoce, significa que ocorreu no 1º Trimestre de gestação):

(1) Precoce, contínuo (2) Precoce, descontínuo (3) Tardio, contínuo (4) Tardio, descontínuo

24. Sinais de agravos à saúde:

(1) nenhuma (5) Cardiopatia (9) Infecção Urinária (13) Infecções Intrauterinas
 (2) Febre (6) Diabetes (10) sangramento (14) Práticas abortivas
 (3) Anemia (7) Isoimunização RH (11) Perda de líquido* (15) Outras: _____.
 (4) Desnutrição (8) Pré-eclâmpsia ou eclampsia (12) DSTs

* anterior ao trabalho de parto

25. Fez uso de ácido fólico: (1) Sim (2) Não 26. Fez uso de sulfato ferroso: (1) Sim (2) Não

27. Uso de outros medicamentos: (1) Sim (2) Não 28. Se afirmativo na questão 27, qual: _____.

29. Se afirmativo na questão 32, o uso foi: (1) Contínuo (2) Esporádico

30. Imunização: (1) Tétano (2) Hepatite B (3) Influenza (4) dTpa

31. Alimentação durante gestação:

(1) Cereais, pães, Frutas, verduras, laticínios, carnes, óleos (3) Cafeína (5) Frituras
 (2) Refrigerantes (4) Industrializados (6) Chocolate (7) Outros _____.

AValiação DAS Condições Maternas

32. Condições Gerais/ Queixas:

33. Avaliação de riscos à mãe:

(1) Nenhum Identificado (5) Febre (8) Fraqueza (11) Corrimento com odor fétido
 (2) Cefaleia (6) Convulsão (9) Disúria (12) Dificuldades respiratórias
 (3) Dor Abdominal Intensa (7) Febre Intensa (10) Fr > 30 rpm (13) Dor Abdominal
 (4) Hemorragia

OBSERVAÇÃO: Caso assinalado 2 ou mais sinais dos itens 33, providenciar tratamento imediato e encaminhamento.

34. Aspecto das mamas:

(1) Íntegras (3) Ingurgitadas (5) Túrgidas (7) Presença de Abscesso
 (2) Secreção Purulenta (4) Hiperemiadas (6) Feridas (8) Leite Abundante*

*Orientar a extração manual e como fazer a doação.

35. Lóquios: (1) Fisiológicos (2) Hemorragia (3) Odor Fétido (4) Alteração na coloração

36. Incisão Cirúrgica: (1) Aspecto Normal (2) Sinais Flogísticos (3) Ruptura de Pontos

37. Sinais de ansiedade e/ou depressão: (1) Sim (2) Não **Apoio Familiar:** (1) Sim (2) Não

PARTE 2 – NEONATO

DADOS REFERENTES AO PARTO

39. Tipo: (1) Normal (2) Cesariano (3) Fórceps **40. Peso ao nascer:** ____ kg.

41. Idade gestacional: (1) Pré-termo (2) A termo (3) Pós-termo **42. APGAR:** 5ºmin ____.

43. Intercorrências:

(1) Nenhuma (2) Uso de O₂ (3) Fototerapia (4) Transfusões (5) Medicações (6) Reanimações

44. Amamentação na primeira hora de vida: (1) Sim (2) Não **45. Hospitalização:** (1) Sim (2) Não

EXAME FÍSICO

46. Dados antropométricos e sinais vitais:

PC: ____ cm PT: ____ cm PA: ____ cm Estatura: ____ cm Temperatura: ____.

FC: ____ bpm. FR: ____ rpm. Fontanela anterior: ____ cm. Fontanela posterior: ____ cm.

47. Geral:

PELE	MUSCULATURA	CABEÇA	OLHOS	OUVIDOS

NARIZ	BOCA	PESCOÇO	TÓRAX	A.RESPIRATÓRIO

ABDOME		GENITURINÁRIO	ÂNUS
INSPEÇÃO	PALPAÇÃO		

48. Outros achados/ Observações:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DO RECÉM-NASCIDO

49. Sono e repouso: (1) Dorme bem (2) Dorme razoavelmente (4) Dorme pouco (5) Dorme muito

50. Agasalhamento: (1) Adequado (luvas, meias e roupas compridas).

(2) Inadequado (muitos lençóis, e panos próximos ao RN).

51. Posição ao dormir: (1) ventral (2) dorsal (3) lateral

52. Prevenção de Assaduras: (1) Pomada (2) Não realiza (3) Outros _____.

53. Banho*: (1) 1 a 2 vezes ao dia com uso de sabonete neutro

(2) mais de duas vezes ao dia com uso de sabonete

54. Temperatura do banho: (1) Água morna (2) Água fria (3) Ambiente

55. Higiene do coto umbilical: (1) Álcool a 70% (2) Apenas água e sabão (3) outros _____.

56. Higiene Oral: (1) Não realiza (2) Realiza

57. Lavagem das mãos ao entrar em contato com a criança: (1) Não realiza (2) Realiza

58. Produtos de higiene do bebê: (1) Faz uso de produtos químicos (hidratante, óleos, repelentes)

(2) Apenas água e sabão

59. Higiene do enxoval: (1) Junto ao dos familiares (2) Separadamente

60. Insumos utilizados pelo bebê: (1) Esterilizados (2) Apenas água e sabão*

*Orientar quanto ao rigor a ser empreendido na higiene do recém-nascido e tudo o que entre em contato com o mesmo.

61. Troca de fraldas: (1) Apenas água (2) Água e sabão (3) Lenço umedecido (4) Outros _____.

62. Mãe evita proximidade ao neonato de portadores de doenças infectocontagiosas: (1) Sim (2) Não

63. Riscos de acidentes observáveis:

(1) Nenhum (4) Queda (6) Lençóis em excesso (8) Temperatura da água elevada

(2) Asfixia (5) Animais Domésticos (7) Posição do berço (9) Dorme com os pais

(3) Outros: _____

64. Amamentação: (1) Exclusiva (2) Mista (3) Oferta de água e/ou chás (4) Complementado

65. Se não exclusiva na questão 67, cite quais os alimentos ofertados: _____.

66. Posição do Lactente: (1) Adequada (2) Inadequada **67. N° de alimentações ao dia:** _____.

68. Pega do mamilo: (1) Adequada (2) Inadequada **69. Demanda:** (1) Livre (2) Controlada

70. Uso de bicos artificiais: (1) Sim (2) Não **71. Alterna mamadas:** (1) Realiza (2) Não realiza

AVALIAÇÃO DE RISCOS AO RECÉM-NASCIDO*

72. Teste da orelhinha: (1) Realizou (2) Não realizou **73. Teste do olhinho:** (1) Realizou (2) Não realizou

*Orientar quanto à importância da realização do teste do pezinho.

74. Imunização: (1) nenhuma (2) BCG (3) Hepatite B (4) Ambas

75. Sinais de perigo

Recusa Alimentar	<input type="checkbox"/>	Convulsões	<input type="checkbox"/>	Distensão Abdominal	<input type="checkbox"/>
Êmese frequente	<input type="checkbox"/>	Placas Brancas na Boca	<input type="checkbox"/>	Apneia	<input type="checkbox"/>
FR < 30 rpm ou FR > 60 rpm	<input type="checkbox"/>	Hipoatividade, Irritabilidade	<input type="checkbox"/>	Choro insistente	<input type="checkbox"/>
Febre	<input type="checkbox"/>	Letargia, Inconsciência	<input type="checkbox"/>	Batimentos da asa do nariz	<input type="checkbox"/>
Hipotermia	<input type="checkbox"/>	Tiragem Subcostal	<input type="checkbox"/>	Gemido estridor ou sibilância	<input type="checkbox"/>
Secreção purulenta	<input type="checkbox"/>	Petéquias, Pústulas, Vesículas	<input type="checkbox"/>	Pele cianótica	<input type="checkbox"/>
Anemia Palmar	<input type="checkbox"/>	Enchimento capilar lento	<input type="checkbox"/>	Icterícia	<input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÃO: Caso assinalado 2 ou mais sinais do item 84, providenciar tratamento imediato e encaminhamento.

76. Vigilância do desenvolvimento:

Observar ambiente e familiares:	Sim	Não	Observar na criança:	Sim	Não
Vínculo afetivo mãe-filho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Postura típica (membros fletidos, barriga para cima, cabeça lateralizada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestação desejada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observa um rosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participação paterna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reage ao som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pais consanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflexo da sucção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas mentais ou físicos na família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eleva a cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe realiza cuidados (higiene, amamentação, estímulos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mãos fechadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Criança recebe atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formato da cabeça simétrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violência doméstica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PC < -2 escores z ou > +2 escores z	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Local de permanência da criança inadequado (Fumantes, alcoólatras, insalubridade, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alterações Fenotípicas (Orelhas assimétricas, Olhos assimétricos, Fenda palpebral, Lábio leporino, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe recebe alguma ajuda no cuidado ao RN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

77. Percepção materna relacionada ao desenvolvimento do recém-nascido:

CUIDADOS PRESCRITOS*

***Orientar a leitura da Caderneta de Saúde da Criança.**

AGENDAMENTO DE PRÓXIMOS ENCONTROS

6.9 Artigo original 2²

Primeira Semana Saúde Integral: construção de instrumento para visita domiciliar ao recém-nascido

First Integral Health Week: instrument construction for home visit to the newborn

Primera Semana Salud Integral: construcción de un instrumento para visita domiciliar al recién nacido

Resumo

Objetivo: Objetivou-se construir um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido, de acordo com a Primeira Semana Saúde Integral na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico realizado em três fases: identificação dos indicadores empíricos; validação de conteúdo e análise semântica. **Resultado:** Foi possível isolar 524 indicadores empíricos, provenientes de manuais nacionais e internacionais, e 625 indicadores identificados a partir de pesquisa bibliométrica. Nenhum item componente do instrumento teve índice de concordância menor do que 80% depois da análise dos especialistas. O teste de fidedignidade *Alfa de Cronbach* resultou em um total de 0,908, o que caracterizou uma validação interna adequada para o instrumento. A análise semântica identificou que não havia dificuldade de compreender os itens. **Conclusão:** Acredita-se que esse instrumento permitirá mais aproximação e melhor relacionamento interpessoal entre profissionais e familiares; possibilitará a sistematização da assistência e novas pesquisas; instigará seus agentes a adotarem em seu cotidiano assistencial, ética e conhecimento pessoal no processo de prevenção e promoção da saúde. Isso, possivelmente, repercutirá de forma positiva na redução da mortalidade infantil.

Descritores: Recém-nascido; Atenção Primária à Saúde; Coleta de dados; Visita domiciliar.

Abstract

Objective: The objective was to build and validate a instrument for home visits to newborns according to the First Week Integral Health in Primary Health Care. **Method:** This is a methodological study conducted in three phases: identification of empirical indicators; validation of content and semantic analysis. **Result:** It was possible to isolate 524 empirical

²Esse artigo será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo C).

indicators from national and international manuals, and identify 625 indicators from the current scientific literature. No instrument component item had Concordance Index less than 80% after expert's analysis. The Cronbach's alpha reliability test resulted in a total of 0,908 featuring adequate internal validation for the instrument. The semantic analysis found that there was no difficulty in understanding the items. **Conclusion:** It is believed that this would allow closer and better interpersonal relationships between workers and family; materialize the systematization of care; raise new research; instigate its agents to adopt in their daily care routine science, ethics and personal knowledge on prevention and health promotion process, possibly having a positive effect in reducing infant mortality.

Descriptors: Newborn; Primary Health Care; Data collect; Home visit.

Resumen

Objetivo: El objetivo fue construir y validar un instrumento para la visita domiciliaria a los recién nacidos según la Primera Semana de Salud Integral en Atención Primaria de Salud.

Método: Esse es un estudio metodológico hecho en tres fases: identificación de indicadores empíricos; validación de contenido y análisis semántico. **Resultado:** Fue posible el aislamiento de 524 indicadores empíricos provenientes de manuales nacionales e internacionales, y 625 indicadores identificados en la literatura científica actual. Ningún item componente del instrumento tuvo Índice de Concordancia más pequeño que 80% después de la análisis de los especialistas. La prueba de la fidedignidad Alfa de Cronbach resultó en un total de 0.908 presentando una validación interna adecuada para el instrumento. El análisis semántico encontró que no había dificultad en la comprensión de los artículos. **Conclusión:** Se cree que esse instrumento permitirá una aproximación más grande y relaciones interpersonales mejores entre los profesionales y la familia; materializar la sistematización de la asistencia; plantear nuevas investigaciones; instigar a sus agentes a adoptar en su rutina asistencial la ciencia, la ética y el conocimiento personal sobre el proceso de prevención y promoción de la salud, repercutiendo posiblemente de una forma positiva en la reducción de la mortalidade infantil.

Descriptoros: Recién nacido; Atención Primaria de Salud; Recolección de datos; Visita domiciliaria.

INTRODUÇÃO

O nascimento e o subsequente período pós-parto se configuram como uma experiência emocionante vivida por muitas mulheres. Entretanto, têm estado associadas a morbidades que demandam cuidados especializados, visando detectar precocemente problemas na mãe e no bebê ⁽¹⁾.

Segundo relatório ⁽²⁾ das Nações Unidas (2015), quanto aos avanços alcançados a partir das Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) globalmente, a taxa de mortalidade neonatal caiu de 36 óbitos por 1.000 nascidos vivos, em 1990, para 19, em 2015, e o número de óbitos neonatais diminuiu de 5,1 milhões para 2,7 milhões. No entanto, o declínio da mortalidade neonatal 1990-2015 (47%) tem sido mais lento quando comparado com a de crianças com idades de zero a cinco anos (58%). A maioria das mortes infantis é causada por doenças consideradas preveníveis ou tratáveis com intervenções comprovadas e de baixo custo a serem oferecidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). As doenças infecciosas e as complicações neonatais são responsáveis pela maioria das mortes de crianças com idade abaixo de cinco anos e estão incidindo sem nenhum envolvimento formal dos sistemas de saúde, conseqüentemente, a maioria das crianças estão morrendo nas próprias residências ⁽³⁻⁴⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem despendido esforços na implementação de políticas que visem reduzir essas taxas de mortalidade, razão por que foi possível alcançar as metas estabelecidas pelos ODM para a mortalidade infantil. Todavia, como a taxa neonatal ainda é preocupante, pois corresponde a 70% da mortalidade infantil, é preciso reavivar estratégias criadas que ainda não foram devidamente implementadas, mas que poderiam ser eficazes, como é o caso das propostas estabelecidas pela Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que consiste na recomendação de diretrizes a partir de linhas de cuidado, entre elas, as ações para a “Primeira Semana Saúde Integral”, que designa ações imprescindíveis aos primeiros sete dias de vida ⁽⁵⁾.

Evidência científica publicada na série *Lancet Alma-Ata* ⁽³⁾ colabora com alternativas que poderiam atuar efetivamente no cumprimento dessas ações, com a implementação de intervenções de saúde focadas na ampliação de cuidados domésticos que, em particular, têm apresentado um impacto significativo na sobrevivência dos recém-nascidos (RN). Tais intervenções incluem cuidados a serem despendidos durante visitas domiciliares (VD), como: estimulação da iniciação precoce do aleitamento materno, sustentação da amamentação exclusiva até os seis meses, acompanhamento precoce da saúde do recém-nascido, aumento do

reconhecimento dos sinais de perigo e melhoria na gestão dos casos de doenças febris agudas na infância⁽³⁾.

O desprendimento desses cuidados integrais e a realização de visitas domiciliares regulares têm sido muito importantes na saúde de crianças menores, e a adesão dos sistemas de saúde à realização de visitas domiciliares foi associada como fator de proteção para prevenir hospitalizações⁽⁶⁾. Um fator importante levantado por profissionais da Atenção Primária dos Estados Unidos e do Canadá para melhorar a prática pediátrica na realização efetiva dessas visitas é a necessidade de mudança contínua no processo de trabalho, através de vigilância constante por meio de instrumentos e protocolos necessários para minimizar falhas durante a prestação do cuidado ⁽⁷⁻⁹⁾. Portanto, para que esse cuidado com o RN seja integral, de boa qualidade e incisivo nas tomadas de decisões que visem prevenir e promover a saúde, é recomendável que os profissionais de saúde sejam orientados para conduzir a visita domiciliar a essa faixa etária, assim como dos cuidados integrais e dos fatores de riscos na primeira semana de vida, considerando a realidade epidemiológica e priorizando os grupos de mais risco. Além disso, suas práticas devem ser condizentes com o preconizado pela Primeira Semana Saúde Integral. Para isto, o presente estudo teve como objetivo construir um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido de acordo com a Primeira Semana Saúde Integral na Atenção Primária à Saúde, a fim de nortear as ações dos profissionais durante o atendimento ao RN em suas residências. Isso pode ter impacto direto na redução da morbimortalidade neonatal e possibilitar uma vida melhor para essa população.

MÉTODO

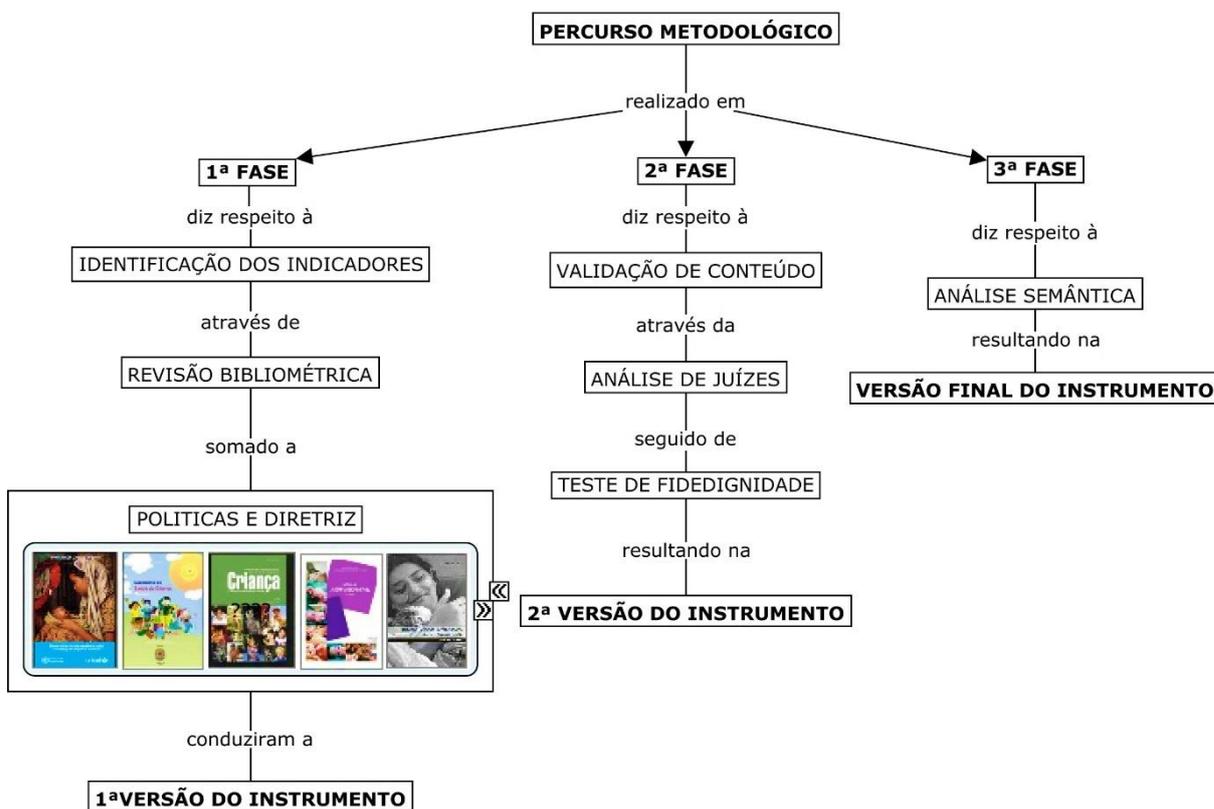
Trata-se de um estudo do tipo metodológico, realizado no período de março de 2014 a Janeiro de 2016. É parte de um projeto de pesquisa aprovado pelo edital universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), intitulado: “Primeira Semana Saúde Integral: construção e validação de um instrumento para a primeira visita domiciliar ao recém-nascido”.

Essa modalidade de pesquisa foi escolhida por ser pertinente ao objetivo proposto, que envolve investigações dos métodos sobre a elaboração, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos, focando o desenvolvimento de novos instrumentos que sejam confiáveis, relevantes e utilizáveis, para que possam ser aplicados por outros profissionais, visando contribuir significativamente com o serviço ⁽¹⁰⁾.

O pesquisador deve se tornar conhecedor das teorias psicométricas para ter êxito na construção de instrumentos. A psicometria está relacionada ao desenvolvimento de instrumentos de medição, como questionários, ao longo do processo de pesquisa. É compreendida como uma ferramenta crítica para desenvolver e testar instrumentos concentrando-se em fenômenos das mais diversas áreas, incluindo as de saúde ⁽¹¹⁾.

Para a realização da pesquisa, foram desenvolvidas as seguintes fases: Fase 1- Identificação dos indicadores empíricos; Fase 2 – Validação de conteúdo; Fase 3 – Análise semântica. A seguir, a Figura 1 dispõe, em forma de fluxograma, cada etapa da pesquisa que, em sequência, será minuciosamente descrita.

Figura 1 – Percurso metodológico utilizado na construção e na validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.



A construção de um instrumento de coleta de dados para uma população específica exige do pesquisador uma revisão da literatura sobre o tema para o qual a ferramenta está se adequando. A busca na literatura nas bases de dados nacionais e internacionais é comumente utilizada como principal recurso nas pesquisas de desenvolvimento de instrumentos. Esse procedimento é necessário por permitir que o pesquisador amplie seus conhecimentos e para que os itens que o compõem não sejam selecionados ao acaso ⁽¹²⁾.

Portanto, a primeira fase, **Identificação dos indicadores empíricos**, foi realizada através de duas etapas: levantamento dos indicadores contidos nos manuais dispostos na literatura científica, referentes às principais políticas nacionais e às diretrizes internacionais que norteiam o cuidado e as ações de saúde no tocante às intervenções a serem desprendidas ao recém-nascido na APS no momento da visita domiciliar (Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância Neonatal, Caderneta de Saúde da Criança versão 2013, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, diretriz internacional *Home visits for the newborn child*, Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde); e revisão bibliométrica da produção científica acerca da atenção integral à saúde do recém-nascido na atenção primária.

No que concerne aos indicadores empíricos, são critérios empregados na observação de conceitos pertinentes a uma temática, que servirão de alicerce para a elaboração de parâmetros, com o intuito de mostrar situações consideradas normais ou esperadas para algumas situações de saúde. É por meio da sua identificação que é possível evitar o surgimento de agravos à saúde⁽¹⁰⁾. Assim, seguiu-se a estruturação da primeira versão do instrumento a partir da identificação, da delimitação e da categorização dos indicadores empíricos mais pertinentes à saúde do RN na primeira semana de vida.

Primeiramente a pesquisadora realizou a leitura atenta dos materiais selecionados, em seguida buscou identificar indicadores de saúde de recém-nascidos concernentes a sua primeira semana de vida, para tanto os indicadores foram digitalizados em banco de dados no Excel sendo categorizados a partir da análise da pesquisadora e, do embasamento teórico concernente à temática em seções (ex: saúde da mãe, dados de identificação, etc.) que viriam a compor o instrumento.

A segunda fase - **Validação de conteúdo** - se desenvolveu a partir do julgamento de juízes especialistas, que avaliaram tanto a consistência quanto o valor de cada indicador para aferir as práticas a que se destinam. A opinião de especialistas é um recurso bastante utilizado e influencia consideravelmente na geração de itens. Dentre as vantagens, está o fato de os especialistas serem escolhidos cuidadosamente e, portanto, representarem o que há de mais recente no conhecimento da área. Recomenda-se a participação de três a dez especialistas⁽¹²⁻¹³⁾.

Portanto, foi realizado o envio de uma carta explicativa contendo as etapas a serem seguidas por endereço eletrônico a 30 profissionais especialistas em neonatologia/pediatria e/ou experientes na Atenção Primária à Saúde (APS), captados por meio do currículo lattes, tendo como parâmetro os seguintes critérios: enfermeiro/a pediátrico, residente em enfermagem pediátrica, residente de medicina pediátrica, médicos/as especialistas em pediatria e

neonatologia, gestor do setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, enfermeiro/a especialista em neonatologia e enfermeiro/a atuante na APS. Porém, desses, apenas 12 especialistas retornaram seu julgamento, visando contribuir com o estudo, os quais, para avaliar e julgar os itens que compuseram o instrumento, dispuseram-nos em uma escala dicotômica, que serviu de parâmetro para julgá-los como “pertinentes” ou “não pertinentes”. Nessa escala, os participantes também dispuseram de um espaço destinado a sugestões para o acréscimo de algum indicador ou comentários sobre ele.

Assim, para construir e formatar a versão preliminar do instrumento, procedeu-se à leitura atenta e à compilação dos dados. Foram considerados os indicadores empíricos com o índice de concordância (IC) maior ou igual a 0,80 ($IC \geq 0.80$).

Essa análise foi feita por meio do teste binominal, que compara duas frequências observadas em uma mesma variável dicotômica com frequências que seriam esperadas em uma distribuição binomial com proporção de concordância de 80% ⁽¹⁴⁾.

Em sequência, os dados obtidos por meio da análise dos juízes possibilitaram o emprego da análise de agrupamento (*cluster analysis*), cuja finalidade é de reunir, por algum critério de classificação, as unidades amostrais em grupos, de tal forma que exista homogeneidade ou heterogeneidade dentro do grupo. O processo de agrupamento envolve basicamente duas etapas. A primeira se refere à estimação de uma medida de dissimilaridade entre os indivíduos, e a segunda, à adoção de uma técnica de formação de grupos. Neste estudo, a segunda etapa foi apresentada por meio de um gráfico (apresentado na Figura 2) denominado dendrograma, que representa a aglomeração feita em uma escala de 0 a 25 e serve para escolher o número adequado de *clusters* ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No que se refere ao teste de fidedignidade adotado, faz referência à propriedade do instrumento de produzir os mesmos resultados em diferentes provas. Esse conceito diz respeito ao problema de estabilidade no tempo e de consistência interna. É realizado mediante a estimativa de um coeficiente de precisão a partir da análise estatística dos dados em uma única aplicação do instrumento a uma população de sujeitos (juízes). Esses coeficientes visam verificar a consistência interna do instrumento, através da análise da consistência interna dos itens que o compõem, isto é, verifica-se a coerência de cada item com o restante dos itens do mesmo instrumento. O teste estatístico mais geral desse tipo de análise é o coeficiente *Alfa de Cronbach* ⁽¹⁷⁾, que foi eleito para este estudo. O coeficiente de fidedignidade (*Alfa de Cronbach*) será melhor quanto mais seu valor se aproximar de 1, para este tipo de validação o valor 0,90 é aceitável ⁽¹³⁾.

Para viabilizar a análise dos dados, foi utilizado o software *Microsoft Office Excel*, versão 2013, na construção do banco de dados, através de variáveis alimentadas por meio de dupla entrada das informações. Para a realização dos testes estatísticos, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão de avaliação 22.0.

A terceira fase - **Análise semântica** - visou verificar se todos os itens são compreensíveis para os membros ao qual o instrumento se destina. Como este estudo tem como intento ser utilizado por trabalhadores de nível superior da APS, a avaliação semântica ocorreu a partir da escolha de profissionais com menos nível de habilidades, nesse caso, alunos recém-graduados do Curso de Enfermagem. Isso ocorreu por se pressupor que, se os sujeitos de um estrato mais baixo do que os que irão utilizar o instrumento compreendem bem os itens apresentados, os indivíduos para o qual o instrumento está sendo feito também o compreenderão. A técnica foi realizada por meio de entrevista, com a escolha de três pessoas recém-formadas em enfermagem que poderão utilizar o instrumento. Foi apresentado item por item do instrumento, requisitando que fosse reproduzido cada um. Sempre que a reprodução não deixava nenhuma dúvida, o item estava corretamente compreendido. Quando havia divergências, os próprios sujeitos do grupo sugeriam como deveria ser reformulado corretamente⁽¹³⁾.

Cumprasse assinalar que a pesquisa obedeceu aos critérios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁸⁾, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos, e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o número de protocolo CAAE 39801714.2.0000.5188. Portanto, os profissionais de saúde convidados para participar deste estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Na primeira fase, depois do levantamento bibliográfico sobre as principais políticas nacionais e as diretrizes internacionais que norteiam as ações de saúde a serem despendidas ao recém-nascido na APS no momento da VD e da produção científica acerca da atenção integral à saúde do recém-nascido na atenção primária, foi possível isolar 524 indicadores empíricos provenientes de manuais nacionais e internacionais, e 625 indicadores identificados a partir de pesquisa bibliométrica, cuja organização e a classificação resultaram na síntese de 109 indicadores que compõem o instrumento e viabilizaram a construção da primeira versão do

instrumento. Esses indicadores, resultantes da primeira fase, podem ser visualizados na Tabela 1 mais adiante.

No que se refere à segunda etapa proveniente do julgamento de juízes, as respostas dos *experts* selecionados para o presente estudo foram classificadas como afirmativas e negativas em relação à permanência da variável no instrumento. Sempre que houve concordância entre os juízes sobre a conservação de um item, esse foi aspecto favorável à decisão de manter a variável no instrumento. Essa hipótese foi analisada pelo teste binomial, com proporção de 80%. Quando o valor “p” se apresentava acima de 0,05, isso correspondia à decisão estatística de que a variável deve permanecer no modelo. Assim, 109 indicadores foram submetidos ao parecer dos juízes, o menor valor de “p” identificado foi de 0,069, ou seja, nenhum item componente do instrumento teve IC menor de 80%, portanto, essa etapa resultou na permanência de todos os itens não havendo também grandes alterações no quantitativo dos indicadores até sua versão final, já que não foi necessária nenhuma exclusão, segundo os *experts*, como representado na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1: Distribuição dos indicadores empíricos e do percentual de concordância dos juízes quanto à permanência das variáveis no instrumento – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

Secções do instrumento	Indicadores empíricos	n	%**	Valor -p
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	Nome da criança	12	100,0	0,069
	Idade (em dias)	12	100,0	0,069
	Sexo	12	100,0	0,069
	Data de nascimento	12	100,0	0,069
	Raça/ Etnia	12	90,0	0,000
	Município de nascimento	12	90,0	0,275
	Maternidade	11*	100,0	0,086
	Nome da mãe	12	100,0	0,069
	Endereço	12	90,0	0,275
	Bairro	12	90,0	0,275
	Cidade	12	90,0	0,275
	Estado	12	90,0	0,275
	DADOS DA PUÉRPERA	Idade	12	100,0
Nº de filhos		12	100,0	0,069
Idade do último filho		12	90,0	0,275
Data de nascimento		12	80,0	0,558
Gesta para aborto		12	100,0	0,069
Filhos anteriores		12	80,0	0,000
Escolaridade		12	80,0	0,558
Grau de escolaridade		12	90,0	0,275
Estado civil		12	100,0	0,069
Ocupação		12	100,0	0,069
Doença crônica		12	100,0	0,069
Deficiência		12	100,0	0,069
Uso de substâncias psicoativas		12	90,0	0,275
Realização do pré-natal		12	100,0	0,069

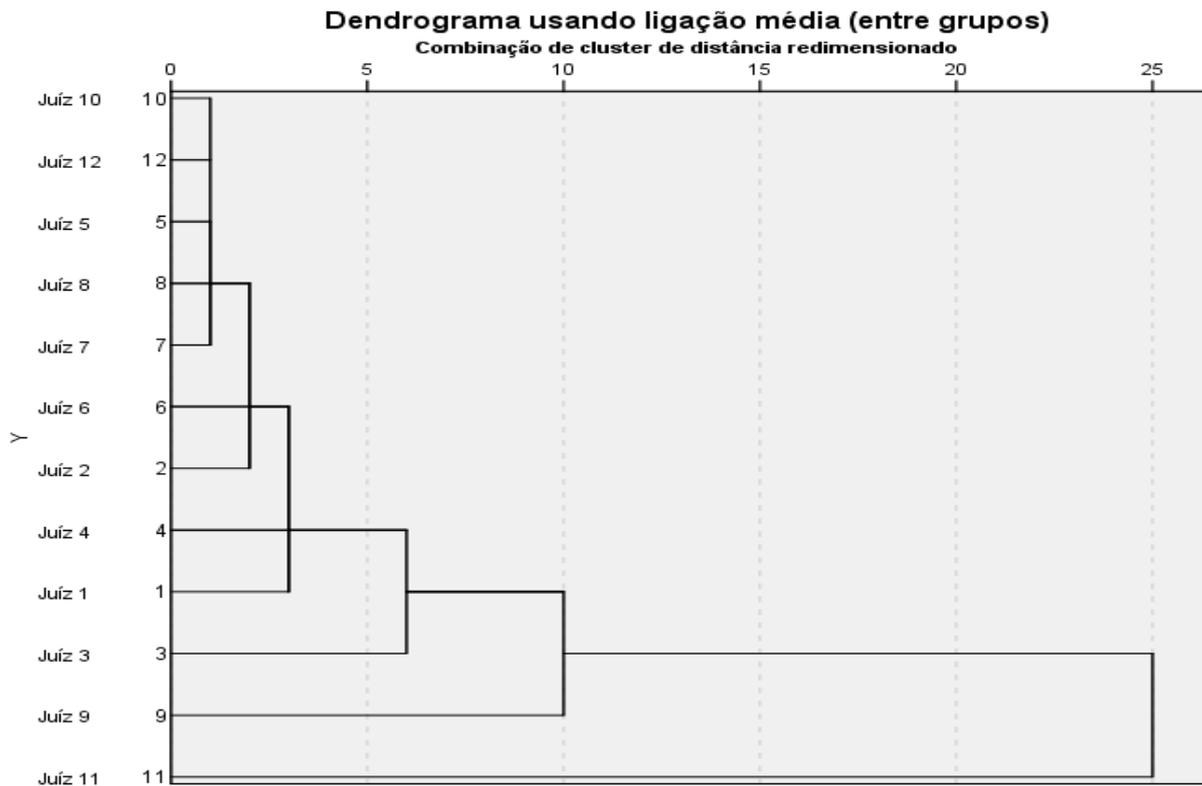
DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO	Nº de consultas	12	100,0	0,069	
	Características das consultas	11*	80,0	0,086	
	Doença gestacional	12	100,0	0,069	
	Uso de medicamentos	12	100,0	0,069	
	Imunização	12	100,0	0,069	
	Alimentação	12	100,0	0,069	
AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES MATERNAS	Condições gerais/ queixas	12	100,0	0,069	
	Riscos à mãe	12	90,0	0,275	
	Sinais de perigo	12	100,0	0,069	
	Aspecto das mamas	12	100,0	0,069	
	Lóquios	12	100,0	0,069	
	Cicatriz cirúrgica	12	100,0	0,069	
	Sinais de ansiedade e/ou depressão	12	100,0	0,069	
	Apoio familiar	12	100,0	0,069	
DADOS DO NEONATO REFERENTES AO PARTO	Tipo de parto	12	100,0	0,069	
	Peso ao nascer	12	100,0	0,069	
	Idade gestacional	12	100,0	0,069	
	APGAR	12	100,0	0,069	
	Intercorrências	12	100,0	0,069	
	Amamentação na 1ª hora de vida	12	100,0	0,069	
	Hospitalizações	11*	90,0	0,322	
EXAME FÍSICO	Perímetro cefálico	12	90,0	0,275	
	Perímetro torácico	12	90,0	0,275	
	Perímetro abdominal	12	90,0	0,275	
	Altura	12	90,0	0,275	
	Fontanela anterior/bregmática	12	100,0	0,069	
	Fontanela posterior/lambdoide	12	100,0	0,069	
	Temperatura	12	100,0	0,069	
	Frequência cardíaca	12	100,0	0,069	
	Frequência respiratória	12	100,0	0,069	
	Pele	12	90,0	0,275	
	Musculatura	12	90,0	0,275	
	Achados na cabeça	12	90,0	0,275	
	Achados nos olhos	12	90,0	0,275	
	Achados dos ouvidos	12	90,0	0,275	
	Achados no nariz	12	90,0	0,275	
	Achados na boca	12	90,0	0,275	
	Achados no pescoço	12	90,0	0,275	
	Achados no tórax	12	90,0	0,275	
	Aparelho respiratório	12	80,0	0,558	
	Inspeção do abdome	12	100,0	0,069	
	Percussão do abdome	12	100,0	0,069	
	Palpação do abdome	12	100,0	0,069	
	Aparelho geniturinário	12	100,0	0,069	
	Achados no ânus	12	100,0	0,069	
	Outros achados/ Observações	12	100,0	0,069	
	AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DO RECÉM-NASCIDO	Sono e repouso	12	100,0	0,069
		Agasalhamento	12	90,0	0,275
Posição ao dormir		12	90,0	0,275	
Prevenção de assaduras		12	100,0	0,069	
Banho		12	90,0	0,275	
Temperatura do banho		12	90,0	0,275	
Higiene do coto umbilical		12	100,0	0,069	
Higiene oral		12	100,0	0,069	
Lavagem das mãos		12	100,0	0,069	
Produtos de higiene		12	90,0	0,275	
Higiene do enxoval		12	80,0	0,558	
Utensílios		12	80,0	0,558	
Banho de sol		12	100,0	0,069	

	Tempo de exposição ao sol	12	90,0	0,275
	Troca de fraldas	12	100,0	0,069
	Tipo de fralda	12	90,0	0,275
	Contato com doenças infectocontagiosas	12	90,0	0,275
	Risco de acidentes	12	90,0	0,275
ALEITAMENTO MATERNO	Tipo de amamentação	12	100,0	0,069
	Alimentação do neonato em amamentação mista	12	100,0	0,069
	Posição do lactente	12	100,0	0,069
	Pega do mamilo	12	100,0	0,069
	Demanda	12	100,0	0,069
	Uso de bicos artificiais	12	100,0	0,069
	Alternância mamária	12	100,0	0,069
AVALIAÇÃO DE RISCOS AO RECÉM- NASCIDO	Risco de acidentes	12	90,0	0,275
	Teste da orelhinha	12	100,0	0,069
	Teste do olhinho	12	100,0	0,069
	Imunização	12	100,0	0,069
	Presença de sintomas de doenças graves	12	100,0	0,069
	Sinais de perigo	12	100,0	0,069
	Vigilância do desenvolvimento	12	80,0	0,558
	Percepção materna quanto ao desenvolvimento do filho	12	80,0	0,558
CUIDADO PRESCRITO	Cuidado prescrito	12	100, 0	0,069
AGENDAMENTO	Agendamento	11 *	80,0	0,086

*Resposta ausente; **O percentual é baseado no número de respostas afirmativas.

A Figura 2, é o resultado de uma análise de agrupamento (*cluster analysis*) conhecido como dendrograma (diagrama de árvore). Utilizou-se o método de agrupamento hierárquico com métrica qui-quadrado e método vizinho mais próximo. Constatou-se que o juiz 11 tem opiniões completamente diferentes dos demais. Vale salientar que, apesar da divergência de opiniões visualizada, o referido juiz não influenciou a validação dos itens, porquanto assumiu um nível de concordância maior do que a proporção de 80%, quando analisada a pertinência das variáveis. No que tange às propriedades psicométricas, podem variar de acordo com a mudança da população do estudo⁽¹²⁾.

Figura 2: Representação do agrupamento dos juízes quanto à concordância dos itens através de dendrograma – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.



A Tabela 2, informa o coeficiente *Alpha de Cronbach* de 6 juizes, quando se realizava a exclusão de cada item, obtendo-se o comparativo dos demais coeficientes restantes. Sua importância foi classificada na validação interna do instrumento. Observou-se que os valores se situaram entre 0,842 e 0,933 e não conferiam valores muito diferentes da fidedignidade de todos os juizes. Quando analisados todos os juizes, obteve-se um valor total de 0,908, o que repercutiu em uma participação equilibrada na fidedignidade final, alcançando um valor que caracteriza uma validação interna adequada para o instrumento.

Não entraram no cálculo do *Alpha de Cronbach* as medidas dos juizes que apresentaram variância igual a zero, ou seja, não contribuíram com nenhuma variabilidade, e isso impediu que essa medida fosse calculada de maneira adequada.

Tabela 2: Distribuição dos coeficientes de precisão interna dos itens – João Pessoa, PB, Brasil, 2016.

JUIZ	<i>Alpha de Cronbach</i>	IC* 95%
Juiz 2	0,847	-
Juiz 3	0,900	-
Juiz 4	0,842	-
Juiz 8	0,850	-
Juiz 9	0,933	-
Juiz 12	0,842	-
Todos	0,908	0,708 a 0,975

*IC = Intervalo de confiança

No que concerne à análise semântica realizada na terceira etapa de desenvolvimento da pesquisa, identificou que não havia dificuldade de compreender os itens, portanto, subentende-se que, se os profissionais recém-graduados (de um estrato mais baixo) entendem bem cada item, é natural que os profissionais já atuantes na APS também o compreendam.

CONCLUSÃO

O estudo realizado possibilitou o alcance do objetivo proposto em três fases. Logo, foi consolidada uma ampla revisão de diretrizes, manuais, políticas e produção científica sobre as necessidades básicas de cuidados e rastreio de situações de riscos à saúde dos recém-nascidos em sua primeira semana de vida. Em sequência, obteve-se a validação dos itens através do julgamento de profissionais *experts*. E por fim, ocorreu o processo de validação semântica para adequar o instrumento quanto à melhor forma de compreendê-lo. É pertinente atentar que as implicações deste estudo estão direcionadas para a assistência, o ensino e a pesquisa.

No contexto assistencial, o presente estudo facilitará a obtenção de dados objetivos e subjetivos do bebê e sua mãe, considerando seus fatores biológicos e ambientais, de forma a intervir assertivamente nos riscos emergentes e, possivelmente, de reduzir efetivamente as taxas de mortalidade para essa faixa etária, bem como favorecer o desenvolvimento de forma a contribuir para que se torne um adulto saudável e economicamente ativo.

No campo do ensino, as informações colhidas por meio dessa ferramenta oportunizam aos discentes e docentes mais conhecimentos sobre as necessidades, os problemas de saúde, as experiências relacionadas, as metas, os valores e o estilo de vida de cada cliente, subsidiando discussões científicas e construtivas sobre o cuidado.

É importante ressaltar que pesquisa tanto contribui para sistematizar o cuidado prestado a partir desses conhecimentos cientificamente construídos, quanto para alimentar e aprimorar o ensino para uma assistência de boa qualidade. Esse instrumento também poderá contribuir para aproximar e melhorar o relacionamento entre profissionais e familiares; divulgar a sistematização da assistência como tecnologia facilitadora da qualidade do cuidado; suscitar novas pesquisas que trabalhem com ferramentas próprias e instigar seus agentes a adotarem em seu cotidiano assistencial ciência, arte, ética e conhecimento pessoal no processo de prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Haran C, van Driel M, Mitchell BL, Brodribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):51.
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. The Millennium Development Goals Report 2015. New York: ONU; 2015.
3. Findley SE, Uwemedimo OT, Doctor HV, Green C, Adamu F, Afenyadu GY. Comparison of high- versus low-intensity community health worker intervention to promote newborn and child health in Northern Nigeria. *International Journal of Women's Health*. 2013;5:717–728.
4. Yoshida S, Martines J, Lawn JE. Setting research priorities to improve global newborn health and prevent stillbirths by 2025. 2016;6(1).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde do Recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Tom JO, Mangione-Smith R, Grossman DC, Solomon C, Tseng CW. Well-child care visits and risk of ambulatory care-sensitive hospitalizations. *The American Journal of Managed Care*. 2013; 19 (5):354–60.
7. Balog EK, Hanson JL, Blaschke GS. Teaching the essentials of “well-child care”: inspiring proficiency and passion. *Pediatrics*. 2014;134(2):206–9.
8. Hinton CF, Neuspiel DR, Gubernick RS, Geleske T, Healy J, Kemper AR, et al. Improving newborn screening follow-up in pediatric practices: quality improvement innovation network. *pediatrics*. 2012;130(3):e669–75.
9. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J, Li P. Getting it right from birth to kindergarten: What's new in the Rourke Baby Record? *Canadian Family Physician*. 2013; 59(4):355-9.
10. Polit DF, Beck, CT. Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem. 7a ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
11. Lobiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 8a ed. Missouri: Elsevier; 2013.
12. Coluci MZO, Alexandre NMC, Milani D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2015.
13. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.

14. Motta VT, Oliveira filho PF. SPSS análise de dados biomédicos. Rio de Janeiro: Medbook-Editora Científica Ltda; 2009.
15. Fávero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
16. Oliveira FEM. SPSS básico para análise de dados. Rio de Janeiro: Editora Moderna Ltda; 2007.
17. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a ética em pesquisa que envolve seres humanos. [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado possibilitou a construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido, no contexto da Primeira Semana Saúde Integral na Atenção Primária à Saúde, que possibilitará mais aproximação e melhor relacionamento entre profissionais e familiares; divulgará a sistematização da assistência como tecnologia facilitadora da qualidade do cuidado; suscitará novas pesquisas que trabalhem com ferramentas próprias e instigará seus agentes a adotarem, em seu cotidiano assistencial, ciência, arte, ética e conhecimento pessoal no processo de prevenção e promoção da saúde. Assim, as implicações deste estudo são abrangentes e contemplam repercussões voltadas para a assistência, o ensino e a pesquisa.

No que se refere à pesquisa, o estudo pode contribuir para sistematizar o cuidado prestado a partir de conhecimentos cientificamente construídos, instigando novos estudos sob a perspectiva do mesmo tema e auxiliando a disseminar conhecimentos para que possam trazer contribuições para os aportes teóricos científicos vigentes.

No contexto assistencial, o instrumento de coleta de dados elaborado facilitará a obtenção de dados objetivos e subjetivos do bebê e de sua mãe, considerando seus fatores biológicos e ambientais, de forma a intervir assertivamente nos riscos emergentes e favorecer o desenvolvimento, com o fim de contribuir para que se torne um adulto saudável e economicamente ativo.

No campo do ensino, as informações colhidas com essa ferramenta poderão contribuir para que discentes e docentes adquiram mais conhecimentos sobre as necessidades e o estilo de vida da criança e sua família, subsidiando discussões científicas e construtivas sobre o cuidado.

Este estudo trouxe à tona vários aspectos da assistência que a literatura vigente ainda não contempla, por exemplo, as lacunas no conhecimento científico e no cuidado prestado pelos profissionais, principalmente no que tange à política da Primeira Semana Saúde Integral. Então, sugere-se que a referida política ganhe mais espaços de divulgação e mais envolvimento governamental, para que possa haver mais efetividade de suas diretrizes na rotina do serviço.

Outra proposta de investigação diz respeito à compreensão das causas que levam os profissionais de saúde a não realizarem o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, com vistas a sanar esses problemas e adequar a assistência.

O planejamento da assistência na Estratégia de Saúde da Família deve ser centrado nas necessidades da comunidade que ali reside, e seus objetivos devem se aproximar ao máximo das peculiaridades e necessidades locais. Nesse contexto, uma intervenção aprimorada, através da visita domiciliar, favorece o exercício da integralidade com o indivíduo inserido num cotidiano e pertencente a uma família. Em consideração a isso, o presente estudo instiga, ainda,

a validação clínica do instrumento aqui criado, para que atenda às especificidades de cada região onde possa ser utilizado.

1. Save the children. Surviving the first day: state of the world's mothers. Westport: Save the children; 2013. 86 p.
2. Bhutta ZA, Cabral S, Chan C, Keenan WJ. Reducing maternal, newborn, and infant mortality globally: an integrated action agenda. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;119(suppl. 1):s13-7.
3. Otchere BS, Ransom E. Bringing care closer to mothers and newborns: using the gap analysis tool to develop a household to hospital continuum of care implementing the HHCC. Save the Children: Washington (DC); 2013.
4. Noyes J, Carlsen B, Chandler J, Colvin CJ, Glenton C, Metin A, et al. Optimizing the world's nursing and midwifery roles to meet the Millennium Development Goals for maternal and child health more effectively. *J Adv Nurs*. 2014;70(12):2699-702.
5. United Nations. The Millennium Development Goals Report. New York: United Nations; 2015. 72 p.
6. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva, 2013.
7. Silver KL, Singer PA. A focus on child development. *Science*. 2014;345(6193):121.
8. World Bank; World Health Organization; UN Department Of Economic And Social Affairs; UN Children's Fund. Levels & Trends in Child Mortality - Report 2015. Disponível em: < <http://www.childmortality.org/>> Acesso em: 01 Abr. 2015.
9. Castro ECM, Leite AJM, Almeida MFB, Guisnburg R. Perinatal factors associated with early neonatal deaths in very low birth weight preterm infants in Northeast Brazil. *BMC Pediatrics*. 2014;14(1):1-8.
10. Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Porto DL, França E. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de

- Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora (MS). 2012;1:163-82, 2012.
11. Carvalho LM, Anjos DS, Rozendo CA, Costa LMC. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. Rev Bras Promoc Saude. 2013;26(4):530-38.
 12. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(3):566-74.
 13. World Health Organization (WHO). United Nations Children's Fund. Join statement on home visits for the newborn child: a strategy to improve survival. Geneva: World Health Organization. United Nations Children's Fund; 2009.
 14. Darmstadt GL, Kinney MV, Chopra M, Cousens S, Kak L, Paul VK, et al. Who has been caring for the baby? Lancet. 2014;384(9938):174-88.
 15. Lionello CDL, Duro CLM, Silva AM, Witt RR. O fazer das enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família na atenção domiciliária. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(4):103-10.
 16. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A Enfermagem e o fazer coletivo: acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento da criança. Rev Rene Fortaleza. 2011;12(1):73-80.
 17. McBride DL. New Models of Well-Child Care Visits. J Pediatr Nurs. 2014;29(6):703-4.
 18. Coker TR, Moreno C, Shekelle PG, Schuster MA, Chung PJ. Well-Child Care Clinical Practice Redesign for Serving Low-Income Children. Pediatrics. 2014;134(1):e229-39.
 19. Kirkwood BR, Manu A, Ten Asbroek AH, Soremekun s, Weobong B, Gyan T, et al. Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2013;381(9884):2184-92.

20. Rourke L, Leduc D, Constantin E, Carsley S, Rourke J, Li P. Getting it right from birth to kindergarten: What's new in the Rourke Baby Record? *Canadian Family Physician*. 2013;59(4):355-9.
21. United Nations Population Fund (UNPF). *The State of The World's Midwifery 2014. A Universal Pathway. A Woman's Right To Health*. Disponível em: < <http://unfpa.org/public/home/pid/16021> > Acesso em: 04 Jun. 2014.
22. United Nations Children's Fund (UNICEF). World Health Organization (WHO). *Levels and trends in child mortality: report 2013*. New York, 2013.
23. Yoshida S, Martines J, Lawn JE, Wall S, Souza JP, Rudan L, et al. Setting research priorities to improve global newborn health and prevent stillbirths by 2025. *J Glob Health*. 2016;6(1):010508.
24. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt DAS, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(supl. 1):s192-207.
25. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(6):1000-7.
26. Faria LR, Alves CA. On caring: preliminaries of a comparative study of primary health care in Brazil/Canada. *Saude Soc*. 2015;24(1):72-85.
27. Ministério da Saúde (BR). *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Normas e manuais técnicos. 2ª reimpressão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
28. Rocha GM, Cordeiro RC. Assistência domiciliar puerperal de enfermagem na estratégia saúde da família: intervenção precoce para promoção da saúde. *Revista UninCor*. 2015;13(2):483-93.

29. Aparecida M, Gaiva M, Dias S, Carvalho V, Siqueira A. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare Enferm.* 2012;17(4):730–7.
30. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-americana de Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
31. Enfermagem pediátrica. Organização de Ariadne da Silva Fonseca. São Paulo: Martinari; 2013. 360p.
32. Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, Rebolledo R, Santos PAF, Lemos SMA. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev Paul Pediatr.* 2012;30(4):479-85.
33. Costa JSD, Cesar JA, Pattussi MP, Fontoura LP, Barazzetti L, Nunes MF et al . Assistência à criança: preenchimento da caderneta de saúde em municípios do semiárido brasileiro. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2014;14(3):219-27.
34. Palombo CNT, Duarte LS, Fujimori E, Toriyama ATM. Use and filling of child health handbook focused on growth and development. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(Esp):60-7.
35. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm.* 2014;48(5):857-64.
36. Albuquerque C, Santos J. Avanços e desafios: a redução da mortalidade infantil em Alagoas. Brasília (DF): UNICEF, 2012.
37. Cavalcanti PCS, Gurgel JGD, Vaconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis.* 2013;23(4):1297-316.
38. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica nº 33. Brasília (DF), 2012, 272p.

39. Gauterio DP, Irala DA, Cezar-vaz MR. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):508-13.
40. World Health Organization (WHO). Technical consultation on postpartum and postnatal care. Geneva, 2010.
41. Goyal NK, Teeters A, Ammerman RT. Home visiting and outcomes of preterm infants: A systematic review. *Pediatrics.* 2013;132(3):502–16.
42. Peacock S, Konrad S, Watson E, Nickel D, Muhajarine N. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1);1-14.
43. Findley SE, Uwemedimo OT, Doctor HV, Green C, Adamu F, Afenyadu GY. Comparison of high- versus low-intensity community health worker intervention to promote newborn and child health in Northern Nigeria. *International Journal of Women’s Health.* 2013;5:717–728.
44. Shah MK, Austin KR. Do home visiting services received during pregnancy improve birth outcomes? *Public Health Nurs.* 2014;31(5):405-13.
45. Sitrin D, Guenther T, Murray J, Pilgrim N, Rubayet S, Ligowe R, et al. Reaching Mothers and Babies with Early Postnatal Home Visits: The Implementation Realities of Achieving High Coverage in Large-Scale Programs. *Plos One.* 2013;8(7):e68930
46. Moran AC, Kerber K, Sitrin D, Guenther T, Morrissey CS, Newby H, et al. Measuring coverage in MNCH: indicators for global tracking of newborn care. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001415.
47. Chen L, Qiong W, Van Velthoven, MH, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L. Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):1-12.

48. Regassa N. Antenatal and postnatal care service utilization in southern Ethiopia: a population-based study. *Afr Health Sci.* 2011;11(3):390-7.
49. Duncan PM, Pirretti A; Earls MF, Stratbucker W, Healy JA, Shaw JS, Kairys S. Improving delivery of bright futures preventive services at the 9- and 24-month well child visit. *Pediatrics.* 2015;135(1):e178-8.
50. Harzheim E, Oliveira MMC, Agostinho MR, Hauser L, Stein AT, Gonçalves MR, et al. Validation of the Primary Care Assessment Tool: PCATool-Brazil for adults. *RBMFC.* 2013;8(29):274–84.
51. Mazzo MHSN, Brito RS. Empirical indicators of the affected human needs of puerperal women: a methodological study. *Online Braz J Nurs.* 2015;14(1):41-50.
52. Ramalho Neto JM, Fontes WD, Nóbrega MML. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):535-542.
53. Polit DF, Beck CT. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
54. Lobiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: methods and critical appraisal for evidence-based practice. 8a ed. Missouri: Elsevier; 2013.
55. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a ética em pesquisa que envolve seres humanos. [Internet]. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
56. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
57. Motta VT. Bioestatística. 2 ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2006.

58. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
59. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de saúde da criança. Brasília, DF; 2013.
60. McDowell DT, Glynn RW, Mortell A, Quinn F. Publication patterns on neonatal surgery over 65 years. *J Pediatr Surg.* 2013;48(3):585-90.
61. Quinn N, Hensey O, McDowell DT. A historical perspective of pediatric publications: a bibliometric analysis. *Pediatrics.* 2013;132(3):406–12.
62. Reproductive BC, Health M. Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period. 2014;120.
63. Motta VT, Oliveira filho PF. SPSS análise de dados biomédicos. Rio de Janeiro: Medbook-Editora Científica Ltda; 2009.
64. Linden R. Técnicas de agrupamento. *Revista de Sistemas de Informação da FSMA.* 2009;(4):18-36.
65. Fávero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
66. Oliveira FEM. SPSS básico para análise de dados. Rio de Janeiro: Editora Moderna Ltda; 2007.
67. Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação. Petrópolis: Vozes; 2003.

68. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. 2010;11(1973):85–103.

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS ESPECIALISTAS

Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao Recém-Nascido na Primeira Semana Saúde Integral

Este estudo é baseado em um projeto de pesquisa intitulado “**Primeira Semana Saúde Integral: construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao Recém-Nascido**”, financiado pelo CNPq, coordenado pela professora Dr^a Altamira Pereira da Silva Reichert do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria – DESPP. Conta com a participação da mestrande Tarciane Marinho Albuquerque e tem por objetivo geral construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana saúde integral, na Estratégia Saúde da Família.

Os objetivos específicos são: identificar na literatura indicadores empíricos relacionados ao cuidado ao recém-nascido na primeira semana; elaborar a partir dos indicadores identificados uma versão do instrumento de coleta de dados para nortear a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana; Validar um instrumento para nortear as ações na visita domiciliar ao recém-nascido, construído a partir da contribuição de profissionais de saúde, especialistas em neonatologia e pediatria; verificar a operacionalidade do instrumento já construído e validado, nas visitas domiciliares ao recém-nascido.

Informações sobre participação na pesquisa:

- Como Especialista o (a) Sr. (a) receberá um questionário para registrar a avaliação contendo os itens da escala e questões a serem respondidas pertinentes ao instrumento resultante da pesquisa que se encontra em anexo para devida consulta.
- Conforme estabelece a Resolução 466/2012 do CNS todas as pesquisas apresentam riscos, todavia informamos que a presente pesquisa não oferece riscos previsíveis para o (a) Sr. (a). Com relação às mães das crianças que participarão da próxima etapa da pesquisa existe um risco mínimo no sentido de causar algum constrangimento por abordar questões de ordem pessoal.
- A pesquisa trará como benefícios indiretos as informações fornecidas pelas mães que poderão auxiliar nas orientações que o profissional de saúde precisa fazer quanto ao cuidado da criança. Como benefícios diretos, a mãe poderá dirimir suas dúvidas quanto aos cuidados com a criança menor de um ano.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pasta de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Universidade Federal da Paraíba - Campus I, s/n, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Jardim Universitário, João Pessoa-PB, CEP 58051-900, pelo período de 5 anos.

Cumpra assinalar que a pesquisa será conduzida conforme diretrizes contidas na Resolução n^o 466/126 do Conselho Nacional de Saúde, e a mesma recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o número de protocolo CAAE 39801714.2.0000.5188.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba no endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 - (83) 3216 7791 – e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.

Consentimento da participação da pessoa como Especialista:

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao Recém-Nascido na Primeira Semana Saúde Integral”**, como Especialista. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) Especialista (a)

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Altamira Pereira da Silva Reichert

Endereço Completo:

Av. Oceano Pacífico, 392, ap 601 Intemares, Cabedelo-PB

CEP 58.102-236

Telefone: 9116 1065

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao Recém-Nascido na Primeira Semana Saúde Integral

Este estudo é baseado em um projeto de pesquisa intitulado “**Primeira Semana Saúde Integral: construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao Recém-Nascido**”, financiado pelo CNPq, coordenado pela professora Dr^a Altamira Pereira da Silva Reichert do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria – DESPP. Conta com a participação da mestrande Tarciane Marinho Albuquerque e tem por objetivo geral construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana saúde integral, na Estratégia Saúde da Família.

Os objetivos específicos são: identificar na literatura indicadores empíricos relacionados ao cuidado ao recém-nascido na primeira semana; elaborar a partir dos indicadores identificados uma versão do instrumento de coleta de dados para nortear a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana; Validar um instrumento para nortear as ações na visita domiciliar ao recém-nascido, construído a partir da contribuição de profissionais de saúde, especialistas em neonatologia e pediatria.

Informações sobre participação na pesquisa:

- O (a) Sr. (a) receberá uma cópia do material para a avaliação quanto a compreensão de cada item que compõe o instrumento resultante da pesquisa.
- Conforme estabelece a Resolução 466/2012 do CNS todas as pesquisas apresentam riscos, todavia informamos que a presente pesquisa não oferece riscos previsíveis para o (a) Sr. (a). Com relação às mães das crianças que participarão da próxima etapa da pesquisa existe um risco mínimo no sentido de causar algum constrangimento por abordar questões de ordem pessoal.
- A pesquisa trará como benefícios indiretos as informações fornecidas pelas mães que poderão auxiliar nas orientações que o profissional de saúde precisa fazer quanto ao cuidado da criança. Como benefícios diretos, a mãe poderá dirimir suas dúvidas quanto aos cuidados com a criança menor de um ano.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pasta de arquivo, sob a responsabilidade da orientadora, no endereço Universidade Federal da Paraíba - Campus I, s/n, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Jardim Universitário, João Pessoa-PB, CEP 58051-900, pelo período de 5 anos.

Cumprasse assinalar que a pesquisa será conduzida conforme diretrizes contidas na Resolução nº 466/126 do Conselho Nacional de Saúde, e a mesma recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o número de protocolo CAAE 39801714.2.0000.5188.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelas pesquisadoras. Fica também garantida

indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba no endereço: Centro de Ciências da Saúde - 1º andar / Campus I / Cidade Universitária / CEP: 58.051-900 - (83) 3216 7791 – e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com.

Consentimento de participação:

Eu, _____,
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Construção e validação de um instrumento para a visita domiciliar ao Recém-Nascido na Primeira Semana Saúde Integral”**. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

_____, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do (a) participante (a)

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para a pesquisadora Altamira Pereira da Silva Reichert

Endereço Completo:
Av. Oceano Pacífico, 392, ap 601 Intemares, Cabedelo-PB
CEP 58.102-236
Telefone: 9116 1065

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

Apêndice C

Documento utilizado para à Análise dos Juízes

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA SAÚDE INTEGRAL

Objetivo do instrumento: Construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na primeira semana saúde integral, na Atenção Primária a Saúde.

População Alvo: Recém-nascidos e mães que se encontram nos primeiros dias de pós-parto.

Fonte dos dados/ Respondente: Profissionais de saúde que realizam a visita domiciliar.

Momento da coleta: Primeira semana que se segue o nascimento da criança.

Responsável pela coleta: Pesquisador.

Observação: Trata-se de uma versão preliminar do instrumento, portanto, estão presentes todos os indicadores identificados durante a primeira fase (identificação na literatura dos indicadores empíricos para o cuidado ao neonato). A seleção real de tais indicadores ocorrerá de acordo com as experiências expressas pelos especialistas, resultando então na reestruturação do instrumento, originando assim, uma versão mais viável ao momento da coleta.

De acordo com as orientações acima, julgue a pertinência dos indicadores empíricos propostos em cada seção do instrumento e, se achar necessário, sugira alterações.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Nome da criança			
Idade (em dias)			
Sexo			
Data de nascimento			
Raça/ Etnia			
Município de nascimento			
Maternidade			
Nome da mãe			
Endereço			
Bairro			
Cidade			
Estado			

Sugestões referentes aos Dados de Identificação:

PARTE 1 - MATERNA

DADOS DA PUÉRPERA

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	

Idade			
Nº de filhos			
Idade do último filho			
Data de nascimento			
Gesta			
Para			
Aborto			
Filhos anteriores			
Escolaridade			
Grau de escolaridade			
Estado civil			
Ocupação			
Doença crônica			
Deficiência			
Uso de substâncias psicoativas			

Sugestões referentes aos Dados da Puérpera:

DADOS REFERENTES À GESTAÇÃO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Realização do Pré-natal			
Nº de consultas			
Características das consultas			
Doença Gestacional			
Uso de medicamentos			
Imunização			
Alimentação			

Sugestões referentes aos Dados da Gestação:

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES MATERNAS

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Condições gerais/ queixas			
Riscos à mãe			
Sinais de perigo			
Aspecto das mamas			
Lóquios			
Cicatriz cirúrgica			
Sinais de ansiedade e/ou depressão			

Apoio familiar			
----------------	--	--	--

Sugestões referentes à Avaliação das condições maternas:

PARTE 2 – NEONATO

DADOS DO NEONATO REFERENTES AO PARTO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Tipo de parto			
Peso ao nascer			
Idade gestacional			
APGAR			
Intercorrências			
Amamentação 1ª hora de vida			
Hospitalizações			

Sugestões no que concerne aos Dados referentes ao parto:

EXAME FÍSICO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Perímetro cefálico			
Perímetro torácico			
Perímetro abdominal			
Altura			
Fontanela anterior/bregmática			
Fontanela posterior/lambdoide			
Temperatura			
Frequência cardíaca			
Frequência respiratória			
Pele			
Musculatura			
Achados na cabeça			
Achados nos olhos			
Achados dos ouvidos			
Achados no nariz			
Achados na boca			
Achados no pescoço			
Achados no tórax			
Aparelho respiratório			
Inspeção do abdome			

Percussão do abdome			
Palpação do abdome			
Aparelho geniturinário			
Achados no Ânus			
Outros achados/ Observações			

Sugestões referentes ao Exame físico:

AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES BÁSICAS DO RECÉM-NASCIDO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Sono e repouso			
Agasalhamento			
Posição ao dormir			
Prevenção de assaduras			
Banho			
Temperatura do banho			
Higiene do coto umbilical			
Higiene oral			
Lavagem das mãos			
Produtos de higiene do bebê			
Higiene do enxoval			
Utensílios do bebê			
Banho de sol			
Tempo de exposição ao sol			
Troca de fraldas			
Tipo de fralda			
Contato com doenças infectocontagiosas			
Risco de acidentes			

Sugestões referentes à avaliação das necessidades básicas do neonato:

ALEITAMENTO MATERNO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Tipo de amamentação			
Alimentação do neonato em amamentação mista			
Posição do lactente			
Pega do mamilo			

Demanda			
Uso de bicos artificiais			
Alternância mamária			

Sugestões referentes ao aleitamento materno:

AVALIAÇÃO DE RISCOS AO RECÉM-NASCIDO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Teste da língua			
Teste da orelhinha			
Teste do olhinho			
Imunização			
Presença de sintomas de doenças graves*			
Sinais de perigo			
Vigilância do desenvolvimento			
Percepção materna quanto ao desenvolvimento do filho			

OBSERVAÇÃO: Sugere a identificação precoce de hipótese de diagnósticos para as doenças graves, segue os parâmetros da AIDPI neonatal.

Sugestões referentes à avaliação dos riscos ao recém-nascido:

CUIDADOS PRESCRITOS

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Cuidados prescritos			

Sugestões referentes à avaliação dos riscos ao recém-nascido:

AGENDAMENTO

INDICADOR EMPÍRICO	PERTINENTE		SUGESTÕES
	SIM	NÃO	
Agendamento de próximos encontros			

Sugestões referentes à avaliação dos riscos ao recém-nascido:

Acerca da clareza, completude e pertinência do instrumento em relação ao objetivo proposto (construir e validar um instrumento para a visita domiciliar ao recém-nascido na Primeira Semana Saúde Integral, na Atenção Primária à Saúde), assinale as questões abaixo, utilizando a escala de zero à dez.

QUESTÕES

Em uma escala de zero à dez, como você considera esse instrumento:

1. Quanto à clareza

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

2. Quanto à completude

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

3. Quanto à pertinência

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Qual o seu nível de concordância para a implantação desse instrumento na visita domiciliar ao recém-nascido em ocasião da Primeira Semana Saúde Integral?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, explique:

5. Que grau de importância você atribuiria a esse instrumento?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, explique:

6. Os indicadores empíricos são suficientes para atender os cuidados a serem prestados ao recém-nascido, na primeira semana de vida, por um profissional de saúde?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, explique:

7. Que importância você atribuiria às repercussões da implementação desse instrumento na atenção primária no que se refere a primeira visita domiciliar a ser realizada ao recém-nascido e puérpera?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, explique:

8. Que grau de importância você atribuiu a implantação desse instrumento como ação de auxílio à redução da mortalidade neonatal?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor, explique:

9. Existe alguma variável, categoria ou indicador que o instrumento deixou de abordar?

10. Emita um parecer sobre a qualidade desse instrumento:

11. Emita um parecer sobre a importância desse instrumento

12. Sugestões

Apêndice D

ROTEIRO PARA ANÁLISE SEMÂNTICA –Técnica Brainstorm

- Os participantes serão enumerados de 1 a 3 e listados para melhor condução da técnica.
- Cada item deverá ser reproduzido por cada um dos participantes.
- Se a reprodução do item não deixar nenhuma dúvida, o item é corretamente compreendido.
- Se surgirem divergências, e o pesquisador perceber que o item está sendo compreendido de maneira diferente do que ele pretendia, este item tem problemas.
- Nesse caso, segue-se a sugestão dos próprios participantes quanto a reformulação do item para melhor compreensão.

ANÁLISE SEMÂNTICA - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Nº Prontuário: (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

Data da visita: (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

USB: (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

ACS Responsável: (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

ITENS NUMERADOS

1. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

2. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

3. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

4. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

5. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

6. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

7. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

8. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

9. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

10. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

11. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

12. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

13. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

14. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

15. (1) claro (2) Divergente

- Sugestão: _____
- 16.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 17.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 18.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 19.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 20.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 21.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 22.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 23.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 24.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 25.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 26.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 27.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 28.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 29.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 30.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 31.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 32.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 33.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 34.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 35.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 36.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 37.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 38.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 39.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 40.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 41.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 42.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 43.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
- 44.** (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____

45. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
46. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
47. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
48. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
49. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
50. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
51. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
52. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
53. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
54. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
55. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
56. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
57. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
58. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
59. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
60. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
61. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
62. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
63. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
64. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
65. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
66. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
67. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
68. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
69. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
70. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
71. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
72. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
73. (1) claro (2) Divergente
Sugestão: _____
74. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

75. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

76. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

77. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

78. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

79. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

80. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

81. (1) claro (2) Divergente

Sugestão: _____

Anexo A**Parecer do Comitê de Ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 23/04/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: “**PRIMEIRA SEMANA SAÚDE INTEGRAL: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO PARA A VISITA DOMICILIAR AO RECÉM-NASCIDO**”, da pesquisadora Altamira Pereira da Silva Reichert. Protocolo 008/15. CAAE: 39801714.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB

Anexo B

Normas da Revista Latino-americana de Enfermagem

Orientações aos Autores

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de um estudo original e inédita, que podem ser replicados e / ou generalizados.

Formulações discursivas com efeitos teorizando e estudos qualitativos em geral também são considerados como artigos originais.

Preparo dos manuscritos

Estrutura

Título na língua do manuscrito. Resumo no idioma do manuscrito. Descritores em Inglês. Descritores em espanhol. Descritores em Português.

Introdução.

Método.

Resultados.

Discussão.

Conclusão.

Referências.

Agradecimentos deve ser mencionado apenas no título da página. Embora o jornal respeite a criatividade e o estilo dos autores, o uso das subdivisões convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão é sugerido.

Papel A4. 2.5cm margens em todos os lados.

Número de páginas. Artigos Originais: 17 páginas (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências). Comentários: 25 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Layout. Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, incluindo as tabelas). Forro duplo desde o título para as referências, exceto nas tabelas. Layout não é permitido no corpo do texto: negrito, sublinhado, todos os tampões, marcadores MS Word. Use itálico para destaques. Obs.: o corpo do texto refere-se aos parágrafos, mas não o título, divisões e subdivisões.

Título. Conciso e informativo, máx. 15 palavras. A título excepcional, até 25 palavras são permitidas. Na língua do manuscrito. Negrito. Itens não permitidos: todos os tampões, palavras e localização geográfica da pesquisa abstrato. O resumo apresenta o artigo e é

fundamental para o leitor decidir sobre a oportunidade de acessar e referem-se ao texto completo. Portanto, a sua apresentação requer atenção especial.

O resumo deve ser uma versão condensada do texto integral e a sua informação deve garantir a clareza do texto e a confiabilidade dos dados, sem apresentar dados que diferem do texto principal.

O objetivo deve ser clara, concisa e descrita na forma infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, descobrir.

O método deve conter informações suficientes para que o leitor compreenda a pesquisa. Estudos descritivos devem apresentar o tipo de desenho do estudo, da amostra, instrumento e análise. Estudos analíticos também devem adicionar o número de indivíduos em diferentes grupos, resultado primário, tipo de intervenção e período de estudo.

Os resultados devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados de uma forma descritas e quantificadas, incluindo as características temáticas e análise final dos dados.

As conclusões devem estritamente correspondem ao objetivo, expressar considerações sobre as implicações teóricas e práticas dos resultados e contém três elementos: o principal resultado, resultados adicionais relevantes e contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os ensaios clínicos devem apresentar o número de registro de ensaios clínicos ao final do resumo.

Itens não permitido: palavras da letra, exceto versões de renome internacional, citações de autores, local de estudo e ano de coleta de dados. Na língua do artigo. Estruturada em objetivos, Método, Resultados e Conclusão. Escrito em um único parágrafo. Fonte Times New Roman 12, forro duplo. Até 200 palavras.

Descritores. Descritores em Inglês. Descritores em espanhol. Descritores em Português. Selecionado da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou malha. Mínimo 3 e no máximo 6. Separados por um ponto e vírgula. Capitalizar a primeira letra de cada palavra nos descritores, com exceção de artigos e preposições Nome das secções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. Negrito. Capitalizar apenas a primeira letra. Itens não permitidos: muitas subdivisões, subdivisões com nomes longos e em itálico, marcadores MS Word.

Introdução. Deve ser breve, definir claramente o problema de pesquisa, destacando suas lacunas de conhecimento e importância. Incluir referências atualizadas de revistas brasileiras e internacionais.

Método. Deverão informar sobre o método utilizado, a população do estudo, a fonte de dados e os critérios de seleção, que devem ser descritos objetivo e abrangente.

Resultados. Deve ser limitada a uma descrição dos resultados encontrados, sem interpretações ou comparações. O texto complementa, mas não repita o que é exibido em tabelas e figuras. Para papéis quantitativos, a secção de resultados precisa ser separada a partir da discussão.

Discussão. A discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões tiradas. Dados ou outras informações incluídas na introdução ou resultados não devem ser repetidas em detalhes. Para estudos experimentais, é útil para iniciar a discussão com um breve resumo das principais conclusões, e depois explorar os possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, bem como comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão. A conclusão deve responder aos objetivos do estudo e se restringir aos dados encontrados. Afirmações sobre benefícios econômicos e custos devem ser evitados, a menos que o manuscrito contém os dados e a análise econômica adequada. Novas hipóteses devem ser estabelecidas quando for esse o caso, deixando claro que esses são apenas hipóteses embora. Não citar referências bibliográficas.

Tabelas. Título Informativo, clara e completa, indicando que a tabela é a intenção de representar. Conter: a distribuição "de que /quem" de acordo com "o que" isso foi conseguido. Cidade, estado, país, ano de recolha de dados Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres que se submeteram à quimioterapia contra o câncer de mama, de acordo com a idade, cor, estado civil e da educação. Fortaleza, CE, Brasil, 2010. Localizado no topo da tabela.

Layout. Elaborado usando ferramentas do MS Word. Dados corretamente separados por linhas e colunas, de modo que cada pedaço de informação é localizado numa célula. Linhas internas só abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior da tabela. Fonte Times New Roman 12, forro simples

Layout não é permitido. Quebras de linha usando ENTER. Recuos usando Tab. Espaços para separar os dados. Todas as tampas. Sublinhado. Marcadores MS Word. Cores nas células. Designação Negrito. Sem células vazias.

Tamanho. Evite tabelas que excedem uma única página. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser transformados em texto Quantidade. Máximo de 5 itens, incluindo tabelas e figuras. Mencione no texto. Obrigatório. Por exemplo: de acordo com a Tabela 1

A inserção no texto. Logo após a primeira menção no texto e não no fim do manuscrito ou em ficheiros separados.

Notas de Rodapé. Limitada a um mínimo. Indicadas com os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, tanto dentro da tabela e no rodapé, em vez de um dos únicos dois lugares.

Abreviações. Limitada a um mínimo. Descrito na íntegra numa nota de rodapé da tabela, utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Valores monetários. Pode ser apresentado em US \$ ou salários mínimos vigentes na altura e no país onde a pesquisa foi realizada. Se apresentou em dólar, a taxa de câmbio e data devem ser informados numa nota de rodapé da tabela. Se apresentou em salários mínimos, o valor do salário mínimo, a data e o país também deve ser informado em nota de rodapé.

Figuras. Os valores são: imagens, gráficos, desenhos, esquemas, gráficos e fotografias fluxo.

Títulos. Localizado abaixo do valor.

As fotos. Semelhante a tabelas, mas contêm textual em vez de dados numéricos; fechado nos lados e contêm linhas de grade. Quando construído utilizando ferramentas de MS Word, o tamanho máximo de uma página, em vez de 16x10cm como as outras figuras. Fonte Times New Roman 12, forro simples. Autorização da fonte quando extraído de outros estudos, indicou numa nota de rodapé da figura.

Gráficos. Não devem repetir os dados representados nas tabelas. Totalmente legível e clara. 16x10cm de tamanho máximo. Em uma escala de cinza, não corada. Vários gráficos em uma única figura só serão aceitos se a exibição conjunta é essencial para interpretar a figura.

Desenhos, esquemas, diagramas de fluxo. Construído usando ferramentas adequadas, de preferência com a ajuda de profissionais de artes gráficas. Lógico e fácil de entender. Totalmente legível e clara. Em uma escala de cinza, não corada. 16x10cm de tamanho máximo. Autorização da fonte quando extraído de outros estudos, indicou numa nota de rodapé da figura

Fotografias. Alta resolução (no mínimo 900 dpi). Totalmente legível e clara. 16x10cm de tamanho máximo. Em uma escala de cinza, não corada. Fotografias apresentando as pessoas devem ser tratados de modo a que eles não são identificados

Quantidade. Máximo de 5 itens, incluindo tabelas e figuras.

Mencione no texto. Obrigatório. Por exemplo: de acordo com a Figura 1.

A inserção no texto. Logo após a primeira menção no texto e não no fim do manuscrito ou em ficheiros separados.

Abreviações. Limitada a um mínimo. Descrito na íntegra numa nota de rodapé da tabela, utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.

Layout e resolução para publicação. A revista pode solicitar uma nova apresentação da figura em alta resolução (no mínimo 900 dpi) e em .tiff (a ajuda de profissionais de artes gráficas é sugerido).

As citações no texto: algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Por exemplo: (12). Em ordem consecutiva, sem pular qualquer referência.

Citações de referências sequenciais separadas por um hífen em vez de um comum, sem qualquer espaço entre elas. Por exemplo: (1-2), (4-5), (5-9)

As citações de referências não sequenciais separados por vírgulas, sem espaço entre elas. Por exemplo: (8,14), (10,12,15).

Local de inserção. Quando inserida no final do parágrafo ou sentença, deve ser colocado antes da parada final e, quando ao lado de uma vírgula, deve ser colocado antes de citações "ipsis litteris" entre parênteses, sem itálico, fonte 12, na sequência do texto.

Não é permitido itens. Espaço entre a citação numérica e a palavra anterior. Indicação da página consultada. Nomes dos autores, exceto quando representando o arcabouço teórico. Citações nas Conclusões.

Abreviações. No texto: descrito na íntegra em sua primeira menção. Nas tabelas e figuras: limitada a um mínimo, descrito na íntegra em uma nota de rodapé usando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Não é permitido em o título do trabalho e resumo

Comentários por temas. Itálico, fonte Times New Roman 10, sem colchetes, na sequência do texto. Identificação do comentário: obrigatória, codificado, exibido no final de cada comentário entre parênteses e sem itálico.

Notas de Rodapé. No texto: indicado por um asterisco, a partir de cada página, limitada a um mínimo. Nas tabelas e figuras: indicado utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ tanto dentro da tabela e no rodapé, em vez de um dos únicos dois lugares. . Nas figuras que exibem imagens, notas de rodapé deve ser exibida como texto e não dentro da imagem

Referências. Estilo Vancouver. Artigos originais: máximo de 25 referências. Artigos de Revisão: sem limite máximo. Referências envolvendo mais de seis autores: seis primeiros, seguidos por et al. Referências a RLAE citado em Inglês.

Anexo C

Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Orientações para os autores

Orientações gerais

REEUSP aceita manuscritos inéditos e originais e condena plágio e autoplágio. Textos que apresentam semelhanças com materiais já publicados serão excluídas do Comitê de avaliação ética (COPE) (<http://publicationethics.org/>) ideias já publicadas devem ser creditadas de acordo com as normas de referência.

O conteúdo dos manuscritos deve incluir conhecimento e representam um passo em frente para prática de ensino ou de pesquisa nas áreas de enfermagem e saúde.

Em pesquisas envolvendo seres humanos, é necessário enviar uma cópia da aprovação por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS- Conselho Nacional de Saúde) ou um órgão equivalente no país, onde a investigação está sendo conduzida.

Os manuscritos podem ser submetidos em Português, Inglês e espanhol e deve ser enviada exclusivamente a REEUSP. Simultaneamente o envio de um manuscrito a outro periódico, parcial ou totalmente, portanto, não é permitido.

REEUSP tem uma versão eletrônica em Inglês. Quando o manuscrito for aprovado para publicação, a tradução deve ser fornecida de acordo com as orientações; os autores seriam totalmente responsáveis pelos custos financeiros incorridos.

O manuscrito deve ser apresentado on-line (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), juntamente com uma carta dirigida ao Editor Científico fornecendo os objetivos por detrás selecionando REEUSP para a apresentação. Além disso, os avanços e contribuições do texto deve ser realçado, em comparação com publicações recentes sobre o mesmo assunto.

Os autores devem escrever seus nomes na íntegra, e assinar e enviar o Termo de responsabilidade e Documento de direito autoral.

Categorias de publicação

Resultados da pesquisa primária, com metodologia rigorosa e clara, discussão aprofundada e uma interface com a literatura científica nacional e internacional. Limitado a 15 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências).

Estrutura e preparação de manuscritos

Formato de arquivo: doc ou docx (MS Word)

Texto: ortografia oficial em folhas A4; Espaçamento 1,5; *Times New Roman* fonte, tamanho 12, incluindo tabelas. Superior, inferior, e margens laterais deve ser de 2,5 cm.

Página de título (deve conter): Título - Máximo de 16 palavras em Português, Inglês e espanhol, sem nenhuma abreviaturas ou siglas, em negrito, usando letras maiúsculas apenas no início do título e nomes próprios. Sem abreviaturas, siglas ou localização geográfica da pesquisa devem ser utilizados.

Nomes dos autores - Completo e sem abreviaturas, numerados em algarismos arábicos, com a afiliação institucional, localização, estado e país.

Autor responsável - Declaração de nome, endereço, telefone e e-mail. De preferência, evitar fornecer endereço residencial.

Manuscrito extraído de dissertação ou tese: Indicar com um asterisco, em nota de rodapé, o título, ano e instituição onde foi apresentada.

Resumo: Em Português (resumo), Inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), até 1290 caracteres com espaços. Deve ser estruturado com os seguintes títulos: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão, exceto para estudos teóricos. Ensaio Clínico deverão ter o número de registro de ensaios clínicos no final, como um documento anexo ou na carta ao editor.

Descritores: Três a seis descritores que identificam o assunto, seguindo a linguagem dos resumos (português, inglês e espanhol); descritores separados por um ponto e vírgula; e extraídas do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), por BIREME, ou MeSH (*Medical Subject Headings*), pela NLM (*National Library of Medicine*).

Nota: Os títulos, resumos e descritores devem também estar no documento principal sem nenhuma identificação dos autores.

Conteúdo de texto (documento principal): Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências, em temas distintos. Objetivos devem ser inseridos no final da Introdução. Introdução: Breve definição do problema estudado, justificando sua importância e do conhecimento lacunas, com base em referências nacionais e internacionais atualizadas.

Objetivo: A questão principal deve ser estabelecida, e as hipóteses a serem testadas.

Método: Digite ou desenho do estudo; população / cenário; critério de seleção; a definição da amostra (se aplicável); outros aspectos metodológicos do estudo de origem, procedimento de coleta e período, os dados análise / tratamento, e. É necessário apresentar num documento anexo, o protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e fornecer informações no texto relativo ao cumprimento das normas éticas exigidas.

Resultados: Apresentação e descrição dos dados obtidos, sem interpretações ou comentários. Pode conter tabelas, gráficos e imagens para permitir uma melhor compreensão. O texto deve

complementar ou destacar o que é mais relevante, sem dados fornecidos nas tabelas ou imagens repetindo.

Discussão: deve ser restrito aos dados obtidos e os resultados alcançados, enfatizando os aspectos novos e relevantes que foram observados no estudo e discussão do acordo e divergências com outras pesquisas nacionais e internacionais publicados. Ele deve indicar as limitações do estudo e os avanços no campo da enfermagem / saúde.

Conclusão: deve ser direto, claro e objetivo, respondendo às hipóteses ou objetivos, e fundamentada nos resultados e discussão. Não citar referências.

Referências: Máximo de 30 (exceto nos estudos de revisão, dependendo procura e seleção de inclusão no estudo). Siga a proporção de 80% artigos de periódicos, com pelo menos metade deles citável. Máximo de 15% de autocitação entre aqueles citável.

As citações de referências no texto: Consecutivamente listado, em algarismos arábicos sobrescritos e entre parênteses, sem mencionar o nome dos autores (exceto os que representam um fundo teórico). Quando eles são sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen, por exemplo, (1-4). Quando não sequencial, eles devem ser separados por uma vírgula, por exemplo, (1-2,4).

As citações de referências no final do texto: Use estilo "Vancouver", disponível em (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>). Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com o: Lista de revistas indexadas no MEDLINE (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir apenas referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, up to data (máximo de 5 anos), e de âmbito nacional e internacional. Evite incluir um número excessivo de referências numa mesma citação. A lista de referências ao final do manuscrito devem ser numeradas de acordo com a sequência em que os autores foram citados no texto.

Nota 1: Os autores têm plena responsabilidade pela exatidão das referências.

Nota 2: As referências de artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP (Revista da Escola de Enfermagem da USP) e outros periódicos brasileiros deve ser citado em Inglês.

Depoimentos: As frases ou parágrafos indicados pelos participantes da pesquisa devem ser citadas em itálico, com uma identificação codificada no critério do autor, e deve ser encerrado entre parênteses.

Citações: devem ser inseridos entre aspas, sem itálico, e integradas no texto.

Figuras: tabelas, gráficos e diagramas, máximo de cinco anos, deve ser obrigatoriamente inserido no corpo do texto, sem nenhuma informação repetida e com títulos informativos e claras, que contém o ano e local.

Fotos e Imagens: Exclusivamente na B & W, com uma resolução final de 300 DPI.

Fontes de financiamento: indicar o nome das instituições públicas e privadas que forneceram o financiamento, assistência técnica, ou outro tipo de ajuda.

Errata: Após a publicação do artigo, se os autores encontrar a necessidade de errata, deverão enviá-los imediatamente ao Secretariado do Jornal através de um e-mail. O prazo para essa solicitação é de 30 dias.

Siglas: restritos ao mínimo e só depois de ter sido expandida inicialmente e citadas no texto; não use siglas em título ou no resumo.