UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

DENISE GONÇALVES MOURA PINHEIRO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR PARA A DÍADE MÃE - CRIANÇA

SÃO PAULO
2016

DENISE GONÇALVES MOURA PINHEIRO

VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DE UM PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR PARA A DÍADE MÃE - CRIANÇA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profª. Drª Lislaine Aparecida Fracolli

São Paulo

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pinheiro, Denise Gonçalves Moura
Validação de conteúdo de um programa de visita domiciliar para a díade mãe - criança. / Denise Gonçalves Moura Pinheiro. São Paulo, 2016.
229p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Lislaine Aparecida Fracolli
Área de Concentração: Cuidado em Saúde

1. Estudos de validação. 2. Promoção da saúde. 3. Tecnologias em saúde. 4. Enfermagem. 5. Gravidez na adolescência. I. Título.

Nome: Denise Gonçalves Moura Pinheiro
Título: Validação de conteúdo de um programa de visita domiciliar para a díade mãe - criança

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu filho David, luz de minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, o mestre maior, sem Ele não há vitória

À orientadora Profª Drª Lislaine Aparecida Fracolli, a Lis, pela competência, compreensão e paciência nestes quatro anos de convivência, pelo voto de confiança desde o momento inicial.

Às Professoras Drª.Anna Maria Chiesa e Drª. Monika Wernet pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao meu querido marido, Carlos Hermano, por estar sempre ao meu lado, não importa quão difícil ou fácil esteja a caminhada. David e eu te amamos muito!

À minha irmã Débora e minha mãe Selma, por sempre se fazerem presente quando preciso, e, por isso, essa conquista também divido com vocês

À minha querida amiga Dani Castro, e à sua família linda, por me receber com tanto amor e carinho nas minhas idas e vindas a São Paulo. Gratidão eternamente a vocês, meus queridos!

Aos colegas do grupo de pesquisa Modelo Tecno - Assistenciais e a Promoção da Saúde pelas somas, partilhas e multiplicação de conhecimento, especialmente: Maria Fernanda, Fabi, Siomara, Ana Lúcia, Simone, Cecília.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, especialmente aos funcionários do ENS, pela competência, agilidade e cordialidade de sempre

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Depois de nós

Hoje os ventos do destino
Começaram a soprar
Nosso tempo de menino
Foi ficando para trás

Com a força de um moinho
Que trabalha devagar
Vai buscar o teu caminho
Nunca olha para trás

Hoje o tempo voa nas asas de um avião
Sobrevoa os campos da destruição
É um mensageiro das almas
Dos que virão ao mundo
Depois de nós

Hoje o céu está pesado
Vem chegando temporal
Nuvens negras do passado
Delirante flor do mal
Cometemos o pecado
De não saber perdoar
Sempre olhando para o mesmo lado
Feito estátuas de sal

Hoje o tempo escorre dos dedos da nossa mão
Ele não devolve o tempo perdido em vão
É um mensageiro das almas dos que virão ao mundo
Depois de nós

Meninos na beira da estrada
Escrevem mensagens com lápis de luz
Serão mensageiros divinos
Com suas espadas douradas, azuis
Na terra, no alto dos montes
Florestas do Norte, cidades do Sul
Meninos avistam ao longe
A estrela do menino Jesus
(Humberto Gessinger, Engenheiros do Hawaii)

“A mão que balança o berço é a mesma que comanda uma nação”
William R. Wallace

“É preciso uma aldeia inteira para educar uma criança”
Provérbio africano

Pinheiro DGM. Validação de conteúdo de um programa de visita domiciliar para a díade mãe - criança. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A gravidez na adolescência é um fenômeno que alimenta o ciclo de pobreza e a vulnerabilidade dos adolescentes e de seus filhos. Estudos apontam que adolescentes que engravidam têm maior dificuldade para desenvolver a parentalidade, maior risco de gravidez subsequente, maiores taxas de abandono escolar e maiores índices de inserção precária no mercado de trabalho. **Método:** Trata-se de um estudo metodológico de validação de aparência e de conteúdo, que teve como sujeitos enfermeiros da Atenção Básica e experts da área de Saúde Mental, Saúde Pública e Saúde Materno -Infantil. O programa de cuidado foi construído com base na literatura e encontra-se em teste piloto na pesquisa "O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o Desenvolvimento Infantil". Os dados foram coletados por meio da técnica Delphi, através de instrumento de caracterização da amostra e de um questionário tipo Likert dividido em blocos temáticos e quatro pontos por item, que vão de 1. Totalmente adequado, 2. Parcialmente adequado, 3. Adequado e 4. Totalmente inadequado. O instrumento foi enviado por *email*, utilizando-se o "*google docs*". Para determinar a validade de aparência e de conteúdo, foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo, foi considerado válido, as avaliações de juízes que obtiveram aprovação acima de 75% (IVC = 0,75). **Resultados:** Obteve-se a participação de onze sujeitos, entre os quais quatro eram enfermeiros (36,3%) e sete eram experts (63,6%), a maioria provenientes da região de São Paulo. Todos os enfermeiros eram do sexo feminino, tinham idade entre vinte e sete e trinta e três anos, três tinham até cinco anos de formado e um tinha tempo de graduação entre dez e quinze anos. A área de especialização dos profissionais era Saúde da Família e Saúde Mental. Todos os experts eram do sexo feminino, com idade entre 29 e 61 anos, com graduação de diferentes cursos: Enfermagem, Pedagogia, Medicina e Psicologia. O tempo de graduação predominante foi a de mais 15 anos, seguido de intervalo entre 10 e 15 anos, com tempo de experiência, em sua maioria, como mais de 15 anos. As duas áreas de atuação dos experts foram: saúde da criança e saúde mental, e os cargos e/ou funções que exerciam foram: docente, supervisão, coordenação técnica, psiquiatra e pesquisadora. O grupo 1 obteve IVC dentro do esperado, no entanto para o grupo 2, os valores descritivos da amostra no que diz respeito ao conteúdo indicam que quatro itens (de um total de vinte e oito) obtiveram índice de concordância abaixo do número previamente estabelecido (75%). Os valores descritivos em relação a aparência indicaram que

três itens (de um total de seis) não foram considerados validados pelo grupo 2. **Conclusões:** O programa de visitas domiciliares foi validado pelos juízes nos seus aspectos de conteúdo e de aparência. As sugestões feitas pelos juízes foram incorporadas em uma nova redação do Programa e estão disponibilizadas neste relatório.

PALAVRAS-CHAVE: Estudos de Validação. Promoção da Saúde. Tecnologias em Saúde. Enfermagem. Gravidez na Adolescência.

Pinheiro DGM. Content validation of a home visiting program for the dyad mother - child. [thesis]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Teenage pregnancy is a phenomenon that feeds the cycle of poverty and vulnerability of adolescents and their children. Studies show that adolescents who become pregnant are more difficult to develop parenting, increased risk of subsequent pregnancy, higher dropout rates and higher rates precarious insertion in the labor market. **Method:** This is a methodological study of appearance and content validation, which had as subjects of primary care nurses and experts in the mental health area, Public Health, Child and Woman Health.The care program was built based on the literature and is in pilot research "The effect of the visitation program for young pregnant women on child development". Data were collected through Delphi technique using sample characterization tool and a questionnaire Likert divided into thematic blocks and four points per item, ranging from 1. Totally appropriate, 2. Partially appropriate, 3. Adequate and 4. Totally inappropriate. The instrument was sent by email, using the "google docs". To determine the validity of appearance and content, the Content Validity Index was used, it was considered valid, evaluations of judges who have passed above 75% (CVI = 0.75). **Results:** We obtained the participation of eleven subjects, among which four were nurses (36.3%) and seven were experts (63.6%), mostly from the region of São Paulo. All nurses were female, were aged from twenty-seven thirty-three years, three had up to five years and one had formed graduation time between ten and fifteen years. The area of expertise of the professionals was Family Health and Mental Health. All experts were female, aged between 29 and 61 years with different undergraduate courses: Nursing, Education, Medicine and Psychology. The predominant time of graduation was another 15 years, followed by range of 10 to 15 years, with long experience, mostly as more than 15 years. The two areas of expertise of experts were: children's health and mental health, and the positions and / or functions exercised were teaching, supervision, technical coordination, a psychiatrist and researcher. Group 1 received CVI as expected, but for the group 2, the descriptive values of the sample with respect to the content indicate that four items (a total of twenty-eight) obtained concordance rate below the predetermined number (75%). Descriptive values regarding the appearance indicated that three items (a total of six) were not considered validated by the group

2. **Conclusions:** The home visits program has been validated by the judges in the aspects of content and appearance. The suggestions made by the judges were incorporated into a new draft of the program and are available in this report.

KEYWORDS: Validation Studies. Health Promotion. Health Technology. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....15

2 REFERENCIAL TEÓRICO.....20

2.1 Promoção da saúde e sua aplicabilidade no cuidado na Atenção Básica.....20

2.2 Teoria da autoeficácia, do apego e bioecológica e sua utilização na promoção da saúde no programa Jovens Mães Cuidadoras.....25

3 OBJETIVOS.....33

4 MÉTODOS.....35

4.1 Tipo de Estudo.....35

4.1.1 Validação.....36

4.1.2 Técnica Delphi.....38

4.2 População do Estudo.....38

4.3 O Programa Jovens Mães Cuidadoras.....39

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados.....41

4.5 Coleta de Dados.....43

4.6 Análise dos Dados.....45

4.7 Aspectos Éticos.....46

5 RESULTADOS.....48

6 DISCUSSÃO.....66

6.1 Protótipo reconstruído do Programa Jovens Mães Cuidadoras.....79

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....91

8 REFERÊNCIAS.....94

APÊNDICES.....109

ANEXOS.....224

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência apresenta uma série de implicações de ordem biológica, familiar, social e econômica, para a adolescente e sua família. É considerada de alto risco pela complexidade de fatores que a envolvem, impondo consequências, inclusive, à sociedade, tornando-se, portanto, um problema de saúde pública[1].

Os dados epidemiológicos aqui no Brasil revelam uma realidade que chama atenção: os índices de mortalidade infantil têm diminuído no Brasil, mas 20% dessas mortes ainda são de mães adolescentes; a incidência de baixo peso é duas vezes maior entre filhos de mães adolescentes; a mortalidade neonatal é três vezes maior entre filhos e filhas de mães adolescentes quando comparados aos filhos de mulheres adultas[2].

Geralmente, as mães adolescentes procuram mais tardiamente a assistência pré-natal, agravando os riscos que acometem a maior parte das gestações nessa fase, como complicações no parto, aumento da mortalidade materna, aumento da mortalidade infantil, dentre outros. A grande causa de mortalidade materna em adolescentes está relacionada a complicações por ocasião da gravidez, parto e puerpério, provocadas por hipertensão, infecção puerperal, abortos e maiores índices de cesariana[3,4].

É sabido que a gravidez na adolescência é um período de vulnerabilidade, de alto risco, por diversos motivos: adolescentes têm maiores dificuldades de desenvolver a parentalidade, o risco de uma nova gravidez aumenta[5], existem taxas excessivas de abandono escolar, empregos menos qualificados[6], portanto, permanecendo num ciclo de pobreza e precariedade que se autoperpetua.

Diversos estudos já vêm discutindo parentalidade e adolescência[7-9]. Para Cox et al[10], a adaptação das adolescentes perante a ocorrência de gravidez e o desempenho do papel maternal poderá ser estimulada ou promovida por características individuais, fatores como a estrutura e o funcionamento familiar, condições socioeconômicas mais ou menos adversas e a disponibilidade de apoio social. Em um contexto sócio e economicamente desfavorável, a maternidade na adolescência se apresenta como um projeto desejado, viável e valorizado, socialmente[11-13]. Isto não quer dizer, contudo, que a adolescente esteja preparada para ser mãe.

Diante desta realidade, diversos países do primeiro mundo têm criado tecnologias, programas de assistência para enfrentar esse fenômeno e seu impacto na saúde da adolescente e da criança. Vale ressaltar que aqui consideramos o conceito ampliado de saúde, que é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença.

Os programas de visitas domiciliares têm recebido considerável atenção ao redor do mundo como uma maneira de melhorar a saúde da criança e seu desenvolvimento porque qualificam a assistência do pré-natal da mulher e acrescentam abordagens que buscam aumentar as competências dos pais no manejo de sua vida e no cuidado com seus filhos. Nos últimos vinte anos, números significativos de artigos têm revelado o potencial deste tipo de assistência clínica[14-16].

Os programas de visitação domiciliar possuem características únicas e diferenciadas, como desenvolver maior autonomia aos pais e estimular mudanças, proporcionando aos pais: (1) apoio social, (2) gestão de casos e ligações com recursos da comunidade e (3) formação sobre o desenvolvimento da criança e parentalidade[17].

No Brasil, a implantação de programas de intervenção para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil se faz necessário, visto os altos índices de desnutrição infantil, creches em número insuficiente e cuidados inadequados dentro da família. Existem algumas iniciativas de programas que visam à promoção do desenvolvimento infantil no país, apoiadas principalmente por organizações não – governamentais (ONGs), contudo as avaliações de impacto e a adoção destas como políticas públicas ainda são incipientes[18].

A maioria dos programas de saúde desenvolvidos no Brasil são voltados para a *prevenção* da gravidez entre adolescentes, isto sem dúvida é bastante válido e importante, no entanto faltam programas, propostas e/ou abordagens tecnológicas que possam oferecer assistência adequada e qualificada para as adolescentes que engravidam, apesar dos esforços contrários a isso. Em recente revisão de literatura[18], os autores encontraram 21 iniciativas e/ou programas voltados para a primeira infância com foco nas mães adolescentes no Brasil, no entanto, essas iniciativas eram pontuais, restritas a municípios, em sua maioria eram realizadas por agentes comunitários de saúde ou leigos capacitados/treinados, o que pode comprometer seriamente a eficácia do programa, uma vez que o fenômeno que se quer enfrentar é altamente complexo.

Em um país com grandes dimensões territoriais e com grandes desigualdades sociais, intervenções domiciliares como a que estamos discutindo servem, também, como medidas de busca de equidade e são imprescindíveis para proporcionar a estas crianças que nascem em um contexto desfavorável, um desenvolvimento cognitivo, social e educacional pleno.

Diante desta lacuna, o grupo de pesquisa “Modelos Tecno - Assistenciais e a Promoção da Saúde” cadastrado na plataforma CNPq articulado ao NAP Saúde e desenvolvimento da USP, resolveu propor um programa de cuidado a adolescentes que engravidam, com base em iniciativas como o *Family Nursing Partnership*, desenvolvido nos EUA e Reino Unido, esse programa foi denominado “Jovens Mães Cuidadoras”.

O programa “Jovens Mães Cuidadoras” vem sendo testado em um estudo piloto no contexto do projeto “**O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o Desenvolvimento Infantil”.** Este é um ensaio clínico controlado randomizado iniciado em agosto 2015, que tem como objetivo avaliar os efeitos produzidos nas crianças, de um programa de visitação domiciliar para gestantes, que tem como foco a promoção do desenvolvimento saudável e prevenção da exposição ao estresse tóxico.

Este projeto tem envolve pesquisadores de diferentes unidades de ensino da Universidade de São Paulo e conta com a participação de pesquisadores da Universidade de Harvard e Yale (EUA), além de outros professores e pesquisadores dessas renomadas universidades. O projeto conta atualmente com financiamento do *Grand Challenges Canadá* e Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal, através do programa *Saving Brains*, e da Fundação *Bill & Melinda Gates* e CNPq. Os recursos dessas agências garantem o financiamento para a realização das visitas domiciliares do programa “jovens mães cuidadoras” e para as avaliações durante a gestação e os primeiros doze meses de vida.

Seguindo um modelo desenvolvido por grandes projetos de pesquisa no Brasil e no mundo, em que estudos adicionais são agregados a um projeto nuclear, trazendo recursos para novos procedimentos e análises e sofisticando, assim, o projeto que já conta com infraestrutura básica estabelecida, pretende-se otimizar o trabalho de campo, reduzindo gastos e acelerando descobertas. A metodologia geral deste ensaio clínico compreende a inclusão de 80 primigestas jovens, entre 14 e 19 anos de vida, pertencentes às classes sociais C, D e E, residentes na Região Oeste da cidade de São Paulo. Estas foram randomizados para o grupo visitação ou de cuidados usuais.

O grupo visitação inclui as adolescentes “inscritas” no programa “jovens mães” e, portanto, recebem visitas semanais/quinzenais de enfermeiros treinados qualificados a partir de 8-16 semanas de gestação. As visitas têm como objetivos específicos: a) desenvolver a habilidade dos pais em identificar e suprir as necessidades dos seus filhos; b) desenvolver a habilidade dos pais em proporcionar um ambiente seguro e estimulante do ponto de vista emocional e cognitivo; c) promover a educação para a saúde: gestação normal e suas modificações, desenvolvimento fetal, importância da nutrição e atividade física, fatores de risco para parto prematuro e baixo peso, comportamentos de risco, como uso de tabaco, drogas e álcool, importância do pré-natal, o parto, cuidado físico com o neonato e bebê, aleitamento, desenvolvimento infantil; d) intervir em situações de risco específico, como riscos ambientais e socioeconômicos, transtornos mentais maternos, violência doméstica, prejuízos na relação mãe-bebê, desvio do desenvolvimento motor, cognitivo ou de linguagem; e) promover o

planejamento familiar e auxiliar na melhora da autossuficiência econômica: lidar com eventos adversos, planejar e executar tarefas, econômica familiar, programar a próxima gestação.

O grupo de cuidados usuais não recebe qualquer outra intervenção além daquelas oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde no contexto dos cuidados pré-natais de rotina. Estão sendo conduzidas avaliações cegas por avaliadores independentes na 30ª semana de gestação, parto, 2, 6, 9 e 12 meses de vida com foco na saúde materna geral e saúde mental, exposição ao estresse, suporte social, resultados do nascimento, saúde e neurodesenvolvimento da criança, cuidado parental e exposição à negligência e ao abuso.

Em nível biológico, as crianças aos 2, 6, 9 e 12 meses de vida serão submetidas a um protocolo de EEG simples, não-invasivo, para investigação de sincronia e organização neural. Será investigado nível de cortisol em cabelo materno na entrada do estudo e nos 2º e 3º trimestres de gestação e será coletado sangue de cordão umbilical e amostras placentárias para avaliação do perfil epigenético de genes relacionados ao estresse e ocitocina ao nascimento.

A finalidade desta pesquisa é fazer a validação das diretrizes do Programa "Jovens Mães Cuidadoras" através da consulta com profissionais de Enfermagem e experts nas áreas de Saúde Materno - Infantil e Saúde Mental, operacionalizada através da técnica Delphi.

O estudo desta temática tem relevância no campo da saúde coletiva e é pertinente à linha de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP - Bases teórico-metodológicas para a intervenção em Saúde Coletiva. Também se insere na temática do grupo de pesquisa, Modelos Tecno - Assistenciais e a Promoção da Saúde[1] da mesma Escola, que visa contribuir para a reflexão e o realinhamento das tecnologias e dos processos de trabalho em saúde, sob a perspectiva da promoção da saúde. Compreende-se que a validação do Programa "Jovens Mães Cuidadoras" poderá contribuir para a escalabilidade e aplicabilidade desta tecnologia em outros municípios e por profissionais de saúde e/ou "*stakeholders*".

[1] Grupo de Pesquisa Modelos Tecno Assistenciais e a Promoção da Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Acesso: 01/11/2014. Disponível em: http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupromo/

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção da saúde e sua aplicabilidade no cuidado na Atenção Básica

A promoção de saúde é um campo de conhecimento na história da saúde pública que se encontra em plena ebulição. Nos últimos 20 anos, temos assistido a um crescimento exponencial dessa área, que tem transformado profundamente as concepções e práticas dentro do setor saúde.

De forma clássica, o conceito de promoção de saúde (PS) foi proposto, inicialmente, por Leavell e Clark[19], em meados do século XX, ao desenvolverem o modelo de história natural da doença.

A partir da perspectiva da história natural da doença, estes autores propuseram medidas de intervenção nos diferentes estágios da doença, em três diferentes níveis de aplicação de medidas preventivas: a *Prevenção Primária*, ou primeiro nível, que abrange promoção da saúde e medidas de proteção específica; *Prevenção Secundária*, com diagnóstico e tratamento precoce, e limitação da validez, e a *Prevenção Terciária*, que consiste na reabilitação[19].

Para a *World Health Organization* (WHO)[20], a promoção de saúde representa um amplo processo social e político, na qual estão inclusas ações dirigidas para fortalecer as habilidades e capacidades dos indivíduos, e também orientadas para a mudança social, ambiental e econômica. É um processo que deve permitir às pessoas o aumento do controle sobre os determinantes de saúde, através do aprimoramento de competências e recursos, individuais e coletivos.

O conceito de promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária[19], definido como "*medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima*". Alguns procedimentos são apontados por eles como importantes, tais como nutrição adequada, boa educação, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, lazer, boas condições de trabalho, boa moradia, realização de exames periódicos. Trata-se, portanto, de ações que priorizam o indivíduo, o que é exatamente o oposto do conceito atual de promoção da saúde que objetiva o coletivo, o bem - comum[21,22].

Este conceito de promoção da saúde se modificou e se desenvolveu de forma mais vigorosa nos últimos 25 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental[21].

Em 1974, com o *Informe Lalonde*[23], surge o movimento moderno da promoção de saúde, no Canadá. Os conceitos de "campo de saúde" deste relatório são classificados em quatro partes: a biologia humana (fatores genéticos e função humana); ambiente (natural e social); estilo de

vida e organização dos serviços de saúde. Apesar da evolução de conceitos, o foco deste relatório era a mudança de estilos de vida, com ênfase no indivíduo, o que nos indica perspectivas comportamentais, baseadas na prevenção.

As primeiras bases conceituais e políticas de promoção da saúde com enfoque socioambiental e inclusivo foram desenvolvidas a partir das conferências internacionais, podendo-se aqui destacar as Conferências de Ottawa (Canadá) em 1986, Adelaide (Austrália) em 1988, Sundsvall (Suécia) em 1991 e, em 1997, a de Jacarta (Indonésia)[24].

Na América Latina, a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde que ocorreu em Bogotá (Colômbia) em 1992, trouxe formalmente o tema para o contexto sub-regional. Essa conferência, ao trazer a discussão da promoção da saúde para o contexto da América Latina, tinha como objetivos reiterar a necessidade de se redirecionar as ações de saúde pública, no sentido de que estas pudessem estar orientadas para o combate das situações de vulnerabilidade relacionadas às enfermidades[25].

Depois das várias conferências internacionais sobre Promoção da Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizou os seguintes princípios[22,26] caracterizadores de ações de PS:

(1) *Concepção holística de saúde:* ações devem se voltar para múltiplas causas do processo saúde-doença, fomentando o indivíduo em sua saúde física, mental, social e espiritual;

(2) *Equidade:* criação de oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está diretamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação);

(3) *Intersetorialidade*: compreendida amplamente como a articulação dos serviços de saúde;

(4) *Participação social*: juntamente com o "*empowerment*", são considerados elementos-chave, e a participação social efetiva e concreta estabelecida como objetivo primordial da Promoção da Saúde, e é compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais de saúde no processo de tomada de decisões, implementação e avaliação de políticas públicas e

(5) *Sustentabilidade*: refere-se à continuidade das políticas públicas, e que em Promoção da Saúde, seria especialmente importante tendo em vista que as iniciativas dessa área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos em médio e em longo prazo.

O conceito de PS da Carta de Ottawa[27] difere do conceito de Leavell e Clark, na medida em que valoriza a autonomia e a participação do indivíduo e da comunidade no processo de alcance e melhoria de sua saúde e, também, porque, segundo os campos de ação propostos pela Carta,

diversos são os responsáveis pela promoção: o indivíduo, a comunidade, os serviços de saúde e o setor político.

A Carta de Ottawa reafirma[27] os determinantes sociais da saúde indicando que, se o tratamento das doenças é uma atribuição específica do setor saúde, a Promoção da Saúde abarca uma complexidade que extrapola aquele, necessitando de diversas ações intersetoriais para a sua construção. Caracterizando-se, fundamentalmente por uma composição intersetorial e, intrassetorialmente, perpassando, inclusive, pela consciência de direitos e deveres relacionados à cidadania e educação em saúde.

Segundo Campos et al[28], para falar de Promoção da Saúde no Brasil, é necessário fazer uma reflexão sobre a criação e luta contínua do campo da Saúde Coletiva pela melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS). É também indissociável dentro deste contexto, o enfrentamento de iniquidades históricas de grandes proporções no país, que impõem desafios cotidianos não só ao setor saúde, mas a todos aqueles que constroem políticas públicas.

O *Empowerment* como categoria importante no campo da Promoção da Saúde

Empowerment é uma palavra da língua inglesa sem tradução direta para o português, embora muitos autores utilizem o termo "empoderamento". Ao traduzir o verbo *empower*, podemos obter sentidos como autorizar, habilitar, permitir.

A OMS (1998, p.6) considera o *Empowerment* "*um processo social, cultural, psicológico ou político através do qual indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar suas necessidades, apresentar as suas preocupações, conceber estratégias para a participação na tomada de decisões e conseguir uma ação política, social e cultural para atender a estas necessidades*".

Existe, ainda, uma diferença entre *empowerment* individual e comunitário. O individual refere-se principalmente à capacidade dos indivíduos para tomar decisões e ter controle sobre a sua vida pessoal. O *empowerment* da comunidade envolve indivíduos agindo coletivamente para obter maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida em sua comunidade, e é uma meta importante na ação comunitária para a saúde[20].

Becker et al[29] analisam o conceito de *empowerment* como, o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais, nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social. O trabalho da comunidade, então, baseado nesse arcabouço teórico, contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido logo, confere poder aos sujeitos envolvidos.

No entanto, para gestores públicos, profissionais, usuários dos serviços de saúde, a comunidade, enfim, desenvolva plenamente sua autonomia, é importante ter consciência que

existem e enfrentar as barreiras impostas pelo meio (sociais, econômicas, culturais ou biológicas). *Empowerment* resgata o sujeito como protagonista, através da indicação de estratégia para enfrentamento de seus problemas, fornecendo assim, o surgimento de poderes que vêm de "baixo para cima", a partir de suas próprias necessidades[30].

Nessa mesma lógica de raciocínio, Stoz e Araújo[31] concluem que, a melhoria na qualidade dos serviços e ações de saúde, preventivas ou de promoção, só é possível com a participação efetiva da população, pois somente ela pode mostrar os problemas e as soluções que atendam às suas necessidades.

Tengland[32], ao analisar o conceito de *empowerment* como um objetivo ou um significado dentro do campo da PS, observou que este referencial vem sendo muito usado e discutido nas últimas décadas, no entanto, como um processo, ele não é tão facilmente aplicável à população. Logo, para uma implantação eficiente, exige-se um treinamento dos profissionais da área e um aperfeiçoamento no currículo dos profissionais de saúde, especialmente nas áreas de Saúde Pública e Assistência Social.

Por fim, ao adotar esta abordagem, os profissionais de saúde necessariamente precisam adotar novas práticas, ou seja, passar de uma postura controladora e "detentora do saber" para alguém que tem por função ajudar, apoiar e⁄ou criar condições para que aquele indivíduo seja autônomo em suas decisões[33].

***Empowerment* da adolescente grávida**

Durante a gestação ocorrem profundas transformações psicológicas e fisiológicas na mulher. As informações acerca do ciclo gravídico-puerperal e o que virá após o nascimento do bebê lhes permitirão adquirir poder de decisão e autonomia para cuidar de si e de seu filho, adquirindo habilidade para lidar com estas mudanças[34]. Além das alterações psicológicas que acompanham as conhecidas transformações físicas, a mulher também passará a desempenhar o papel de mãe, e deverá desenvolver essa parentalidade não somente quando o bebê nascer[35].

Para Kameda e Shimada[36], o conceito de *empowerment* centra-se na responsabilidade individual e autonomia para alcançar um estado de saúde, para que a grávida passe de sujeito passivo para sujeito ativo durante o ciclo gravídico. Logo, torna-se necessário que o profissional de saúde que a atenda durante o pré-natal forneça apoio que permita à mulher grávida lidar com as alterações físicas e psicológicas associadas à gravidez para que, ao fim experiencie um parto satisfatório e, consequentemente, um cuidado correto com o bebê.

Considerando que a grávida é o centro deste conjunto de alterações, também esta deve ser capaz de lidar com as transformações as quais é submetida, seja emocional, física ou socialmente. Ao longo da gravidez, esta mulher deve adquirir informação e conhecimentos a

fim de que desenvolva sua autonomia, e adquiria competência e “poder” para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde e de seu bebê. Logo, no percurso da gravidez, deve ser desenvolvido o *empowerment* da grávida.

Mesquita[37] chama atenção para a “competência participativa responsável," ou seja, a pessoa com “*empowerment*” possui a capacidade de se comprometer com os processos de tomada de decisão. Este autor em 2007 já considerava que o *empowerment* é processo em evolução e as evidências indicam a tendência para o domínio dos profissionais, no entanto é imprescindível a necessidade destes aprenderem a aceitar os comportamentos e práticas promotoras do *empowerment*. Para que esta transformação ocorra, dentro do contexto das práticas em saúde da mulher e da criança, é importante o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar que aumente a confiança entre a grávida e a equipe de saúde[38].

Diversos autores já vêm reforçando a importância do suporte social para o *empowerment* na gestante, relacionado a influência nos seus comportamentos de saúde, maior sensação de controle sobre seu ambiente e sobre sua autonomia, esperança, apoio e proteção à mulher[39,40]. Rapoport e Piccinini[41] corroroboram com estes autores, reforçando que apoio social está diretamente ligado ao *empowerment* da mulher grávida, pois ao receber este apoio, a resposta materna tende a ser maior, trazendo benefícios psicológicos e sendo, portanto, promotor de sua saúde.

O objetivo do estudo de Kobach, Becker e Worley[42] foi explorar (a) a relação formada entre profissionais de saúde da comunidade e as mulheres grávidas, e (b) a mudança ao longo do tempo no nível de percepção do *empowerment* das mães, medido através da auto eficácia, autodeterminação e habilidades de tomar decisão. O público-alvo era formado por grávidas em situação de vulnerabilidade e com maior risco de resultados negativos de saúde. Os resultados da pesquisa sugerem que o *empowerment* pode ser operacionalizado em ambientes comunitários e que o aumento de uma sensação de *empowerment* desta grávida de risco pode impactar positivamente a saúde geral da mãe e da criança. No entanto, sugerem que mais pesquisas são necessárias para avaliar o impacto total dessa variável como um indicador do *status* de saúde.

Partindo do pressuposto que o objetivo base dos cuidados de Enfermagem durante a gravidez é a promoção da saúde da gestante, Silva[43] considera que a mulher cuidada de modo “empoderador” torna-se capacitada a definir os seus próprios problemas e necessidades, vê aumentada a sua autoestima, autoeficácia e autonomia, especialmente no período da gravidez e parto tão circundados de medos, dúvidas e ansiedades.

Por todo o exposto, entendemos que a Atenção Básica o local bastante favorável para o exercício e fortalecimento da promoção da saúde da gestante. Para o desenvolvimento do empowerment, especialmente durante o período da gravidez, as equipes de saúde devem interagir com a comunidade, sendo reconhecidas como integrantes da mesma e como facilitadoras da melhoria das condições de vida, gerando melhores condições de saúde.

2.2 Teoria da autoeficácia, do apego e bioecológica e sua utilização na promoção da saúde no programa Jovens Mães Cuidadoras

Teoria da Autoeficácia

A definição de autoeficácia tem sido construída e discutida por diversos autores, e verifica-se um aumento do interesse por essa área de estudo. Nos últimos trinta anos o tema começa a ser mais compreendido e a área mais explorada[44-46].

Na década de 1980, quando do surgimento da Teoria Sócio – Cognitiva construída pelo pesquisador Albert Bandura, surge uma mudança de perspectiva de mensuração e avaliação da autoeficácia[44-46].

Nesta teoria[44], o autor conceitua a autoeficácia como o conjunto de crenças que o indivíduo possui nas suas próprias capacidades de organização, planejamento e execução de tarefas requeridas para lidar com situações diversas de forma eficaz. Bandura[44] acredita que tais crenças são importantes para a autorregulação e motivação em direção a alcance de objetivos e expectativa de resultados. Então, a crença na autoeficácia e outras variáveis contribuem para a autorregulação do comportamento[47].

Este autor defende que o indivíduo consciente de sua capacidade para alcançar determinado objetivo se empenhará ainda mais para alcançá-lo, com uma motivação maior e persistência idem, em relação àqueles com baixo índice de Autoeficácia[48]. Outra questão interessante que Bandura traz em sua Teoria Sócio – Cognitiva, é que o indivíduo consiste, simultaneamente em produto e produtor do seu ambiente e do seu sistema social, sendo produtor quando interfere no meio, e produto quando este meio lhe proporciona adaptação e reflexão⁄ação[46].

Para Brígido[49], não é suficiente que o indivíduo possua competências e habilidades, para que a autoeficácia seja adequada, ele precisa acreditar que será capaz de utilizá-las de forma eficaz. Ou seja, é a autoavaliação de suas próprias competências que influenciará os padrões de pensamento e as reações emocionais ao meio que o cerca e às exigências que o envolvem. Bandura[50] defende que a percepção da autoeficácia, ou seja, o julgamento da própria *performance*, se apresenta como mais importante que a própria performance em si.

Este tema tem despertado grande interesse de estudos, pois esta variável tem sido relacionada a resultados positivos quando aplicado ao campo da saúde, e especificamente nas áreas de saúde

da mulher e saúda criança temas como amamentação, parentalidade, vivência durante o parto e pós-parto são relacionados à autoeficácia pelos pesquisadores[51-53].

O'Leary[54] discorre sobre como a autoeficácia influencia a saúde do indivíduo, e apresenta duas maneiras: através da prática de comportamentos que influenciam a saúde, e através da resposta fisiológica ao estresse. Segundo ele, sujeitos com maior percepção de autoeficácia tem maior facilidade de adotar comportamentos saudáveis, e portanto, promover sua saúde, por outro lado, indivíduos com baixa percepção de autoeficácia serão menos empenhados em seu autocuidado.

Já Pires[55] especifica a relação entre autoeficácia materna e cuidados com a criança: "*a sensação de competência e confiança nas suas próprias capacidades por parte da mãe, como pessoa e como mãe, será de importância fundamental no estabelecimento da relação mãe-filho*". Desta forma, a autoeficácia materna está vinculada com o resultado das interações entre a mãe e seu bebê, e da maneira como a própria mãe interpreta essas interações, estando diretamente relacionada com a sensação de competência que ela tem de si.

Para Daly[56], a autoeficácia é um fator psicológico que influencia no comportamento, saúde e bem-estar do indivíduo, e tem uma função no ajuste psicológico da mulher, necessário na transição para a maternidade. Este período é a oportunidade ideal para avaliação do conceito que a mulher tem de si mesma e de suas capacidades e a sua saúde mental.

A gravidez é um período de labilidade emocional, maior dependência e sentimentos ambivalentes, e, somando-se a isto, uma série de fatores externos podem influenciar a saúde psíquica e emocional da gestante, entre os quais: personalidade da mulher, a idade e o estado civil; as condições socio-econômicas; o grau de instrução e a situação profissional; o número de gestações anteriores; o suporte conjugal, familiar e social; a ocorrência de complicações; o planejamento e a aceitação da gravidez[56-62].

Outros autores já alertam que a história de vida, a personalidade e o significado que esta gestante dá aos acontecimentos são variáveis importantes, uma vez que é aí que residem os aspectos psicológicos essenciais para o profissional de saúde compreender certos acontecimentos que marcam a gravidez, bem como a forma como esta mulher vê a si própria, se adapta e reage[63,64].

Autores como Vaz Serra e Pocinho[65] consideram a autoeficácia um fator contínuo ligado ao crescimento pessoal, desta forma, que evolui com a idade e com os desafios específicos de acordo com cada ciclo vital. Nos estudos de Mattson[66] e Pedroso[67], no entanto, a idade da gestante não influenciou a sua autoeficácia. Na pesquisa de Silveira e Ferreira[68], realizada em

2011, conclui-se que fatores como a atividade profissional, o estado civil e a paridade influenciam a autoeficácia da gestante.

Olds et al[69] ao analisarem os efeitos do programa *Nursing Family Partnership*, concluíram que bebês de 6 meses de idade atendidos pelo programa, cujas mães apresentavam baixos recursos psicológicos, tais como sentimento de eficácia, apresentaram menos manifestações emocionais anormais associadas a maus tratos à criança.

Coleman e Karraker[70] concluíram que a autoeficácia das mães pode servir como um poderoso fator de proteção para a saúde psicológica das crianças que vivem na pobreza, e eles propuseram que a capacidade dos pais de educar os seus filhos com sucesso no contexto de restrições de recursos financeiros e comunidades sem suporte está diretamente relacionado com o sentimento de autoeficácia que eles apresentam.

Para Raikes e Thompson[71], programas que fornecem serviços de apoio para as famílias de baixa renda podem ser capazes de diminuir o estresse dos pais, e, desta maneira, estimular um senso de eficácia nos mesmos. Altos níveis de estresse dos pais podem levar a resultados negativos para as crianças, especialmente para as crianças que vivem em ambientes de vulnerabilidade social. Os autores sugerem que os programas para os pais de baixa renda podem potencialmente afetar a relação entre renda e estresse parental, centrando-se no reforço da autoeficácia.

A forma como a mulher vivencia a gestação, as transformações e os acontecimentos significativos decorrentes, exigem um enorme esforço de adaptação e de equilíbrio que nem sempre é fácil. As intervenções que propõem trabalhar a auto – eficácia dessa gestante podem ser de extremo valor para uma boa parentalidade, consequentemente maior sucesso no desenvolvimento da criança.

Teoria do apego

A noção de apego foi introduzida na Psicologia em 1959, por John Bowlby (1907- 1990), que passou a estudar os efeitos do cuidado materno sobre as crianças, em seus primeiros anos de vida, após o interesse em observar o cuidado inadequado na primeira infância e o desconforto e a ansiedade de crianças pequenas relativos à separação dos cuidadores[72]. A Teoria do Apego (TA) foi o resultado dos primeiros estudos de Bowlby[73,74] e de trabalhos de outros pesquisadores proeminentes que o influenciaram.

Após a publicação do estudo de Mary Ainsworth[75] sobre o apego, que investigou fatores determinantes da proximidade-intimidade expressa no comportamento de interação de crianças com suas mães, Ainsworth e Bowlby começaram a desenvolver teorias e estudos em colaboração.

As pesquisas de M. Ainsworth[76,77] acerca do desenvolvimento socioemocional durante os primeiros anos mostraram que o modelo de apego que um indivíduo desenvolve durante a primeira infância é profundamente influenciado pela maneira como os cuidadores primários o tratam, além de estar ligado a fatores genéticos e personalidade.

A Teoria do Apego[72] possui alguns pressupostos:

- Para Bolwby, o vínculo mãe-filho é um ajuste essencial para a vida do ser humano, sendo tão importante quanto à necessidade de saciar a fome ou a sede;
- O apego é um mecanismo instintivo que regula a intensidade dos impulsos de exploração inerente da criança, pois com este mecanismo ela evita se distanciar muito dos adultos (que fornecem proteção e segurança) para descobrir o mundo e estar exposto a seus perigos, proporcionando a adaptação ao meio em que vive[78];
- O papel do apego na vida do indivíduo envolve o conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança que é fortificador da relação[79];
- Existe uma diferença entre apego e comportamento de apego: a criança com apego está fortemente disposta a buscar proximidade e contato com uma figura específica, principalmente quando está assustada, cansada ou doente. O comportamento de apego refere-se a qualquer forma de comportamento que uma criança comumente adota para conseguir e/ou manter uma proximidade desejada.
- O apego é manifestado por tipos diferentes de comportamentos na relação com a mãe: chorar e chamar, balbuciar e sorrir, agarrar-se, a sucção não nutritiva e a locomoção. Usualmente, todas as formas de comportamento de apego tendem a ser dirigidas para uma figura específica;
- As condições que contribuem para o desenvolvimento ou não do apego a uma figura incluem: primeiro, a responsividade da figura para com os sinais do bebê, e, segundo, a quantidade e natureza da interação entre os componentes da díade;
- Existem fortes evidências de efeitos adversos ao desenvolvimento, atribuídos ao rompimento na interação com a figura materna, na primeira infância[80];
- O desenvolvimento satisfatório do comportamento de apego é muito importante para a saúde mental da criança. Essa relação é imprescindível, pois várias formas de neuroses e distúrbios de caráter podem ser atribuídas à privação do cuidado materno, e/ou descontinuidade na relação da criança com a mãe durante os primeiros anos de vida.

- As primeiras relações de apego, estabelecidas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida

Ainsworth[76] identificou dois grandes grupos de tipos de apego: os seguros e os inseguros. Crianças seguras se mostram confiantes na exploração do ambiente, usando seus cuidadores como uma base segura de exploração. Por outro lado, as crianças categorizadas como inseguras tem em comum baixa exploração do ambiente e pouca ou intensa interação com suas mães.

Já existem programas de visita domiciliar que comprovam seus efeitos benéficos sobre comportamentos de apego de bebês e classificações de apego seguro[81,82].

Para Egeland et al[83], existem basicamente dois tipos de programas de intervenção para promover a qualidade do apego mãe-bebê: (1) aqueles que procuram ajudar os pais a tornarem-se mais sensíveis e responsivos em relação aos sinais do bebê; e (2) aqueles que tentam modificar as representações dos pais sobre a forma pela qual foram cuidados por seus próprios pais. Muitas intervenções situam-se em uma dessas duas categorias, enquanto outras combinam essas e outras abordagens – como programas que enfatizam o apoio social[84].

Nos Estados Unidos, o projeto STEEP[85] (*Steps Toward Effective Enjoyable Parenting* – Passos na direção de parentalidade efetiva e prazerosa) é um programa que é operacionalizado através de visitas domiciliares e sessões de grupo, que começam ainda na gravidez e são mantidas durante um período de dois anos. Tem o objetivo de modificar modelos internos de funcionamento e melhorar a sensibilidade materna. Ao fim da intervenção, as mães do projeto STEEP eram mais sensíveis, tinham melhor compreensão do desenvolvimento infantil e escores mais baixos de depressão e ansiedade, eram mais competentes na administração de seus assuntos familiares e tinham uma rede social de apoio maior.

No programa de intervenção de Lieberman *et al*[86], o público-alvo do programa era um grupo de crianças de famílias vulneráveis com apego ansioso. Através de uma abordagem de psicoterapia conjunta com bebês e pais e visitas domiciliares, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos de intervenção e de controle em relação à empatia materna, comportamento de parceria corrigida para uma meta conforme o objetivo, esquiva da criança e raiva da criança em relação à mãe, sendo que o grupo de intervenção apresentou melhores comportamentos em todas essas variáveis.

Eagland[87] em artigo recente para o *Institute of Child Development* em Minessota, nos Estados Unidos, reforça que as necessidades e os pontos fortes das famílias em situação de vulnerabilidades são muito variáveis, logo os programas de intervenção precisam ser planejados de forma a atender às necessidades particulares de cada família, bem como para extrair seus pontos fortes.

Teoria Ecológica

Esta teoria, desenvolvida por Bronfenbrenner[88], preconiza que para melhor entender o desenvolvimento humano, é necessário considerar todo o sistema bioecológico que envolve o indivíduo, enquanto ele se desenvolve. O modelo teórico-metodológico de Bronfenbrenner[89] envolve quatro dimensões inter-relacionados dinamicamente denominadas de "Modelo PPCT": a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo. Este modelo possibilita conhecer a interação desses núcleos e os aspectos que envolvem o funcionamento familiar.

Bronfenbrenner[88] ressalta a interdependência entre os organismos vivos e seu ambiente, conscientizando-se da influência da comunidade na saúde mental. Para ele, o desenvolvimento "*consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e seu contexto através do tempo, sendo uma função das forças que emanam de múltiplos contextos e de relações entre ele*".

Dentro do Modelo PPCT[90], os quatro núcleos são assim definidos:

- O núcleo *Pessoa*, ou também denominado "eu ecológico", representa o ser humano ou o grupo familiar em desenvolvimento por meio das suas características biológicas, psicológicas, sociais e por suas interações;
- O núcleo *Processo* relaciona-se à maneira como a pessoa ou a família significa suas experiências e interpreta o ambiente ao longo de seu ciclo vital;
- O núcleo *Contexto* é visto como o meio ambiente ecológico no qual as pessoas se desenvolvem ao longo de suas histórias, e tais contextos interpostos se denominam como microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. Esses ambientes podem ser compreendidos como esferas concêntricas contidas umas nas outras;
- O núcleo *Tempo* está relacionado às influências e às heranças culturais existentes nas famílias.

Diversos estudos já vêm utilizando a teoria ecológica como referencial teórico-metodológico, especialmente ligados aos temas de vulnerabilidade, crianças em situação de rua, estudos sobre família e desenvolvimento humano[91-95].

No Brasil, a gravidez na adolescência é um fenômeno mais caracteristicamente urbano e a maternidade adolescente é mais presente nos segmentos sociais desfavorecidos economicamente. Essas são questões diretamente relacionadas ao desenvolvimento humano, em especial dessas adolescentes, em territórios de vulnerabilidade social[96]. Em pesquisa posterior[97], a qual teve como objetivo avaliar competência, problemas psicológicos e indicativos de fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento num grupo de adolescentes

grávidas e mães, a mesma autora concluiu que fatores de proteção nos contextos ambientais das adolescentes pesquisadas podem estar inter-relacionados ao desenvolvimento da competência, importante recurso frente à situação da maternidade de adolescentes.

Os fatores de risco para o desenvolvimento infantil, em gestantes adolescentes, os estudos destacam: contexto de pobreza, a dependência financeira dos pais adolescentes, a baixa instrução dos jovens pais, a falta de apoio social, a presença de violência doméstica, o histórico de abuso sexual na infância, a ausência de apoio paterno, o estresse e a depressão pós-parto[98].

Na revisão de Rios[98], análise da literatura permitiu identificar a necessidade de se desenvolverem programas de intervenção para gravidez na adolescência, que devem ter como objetivos prevenir a sua ocorrência, aumentar habilidades parentais, fornecer serviços de pré-natal, diminuir taxa de reincidência de outra gravidez precoce e promover desenvolvimento adequado da criança fruto de uma gravidez na adolescência.

Compreender o desenvolvimento humano dentro da perspectiva ecológica de Bronfenbrenner possibilita que a intervenção que se propõe seja dirigida não só para a família e os ambientes imediatos nos quais se encontra, mas também devem ser consideradas suas interações e transições em ambientes mais distantes, dos quais, muitas vezes, aquela família ou indivíduo sequer participa diretamente.

O programa Jovens Mães Cuidadoras buscar articular esses saberes na tentativa de construir competências maternas para o cuidado da criança. Devido ao caráter inovador desse programa, se justifica a realização desta pesquisa, com a finalidade de validar o conteúdo do mesmo.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Validar o conteúdo um programa de visita domiciliar para a díade mãe - criança

3.2 Específicos:

- Identificar características e/ou conceitos no programa que possam ser aperfeiçoados ou modificados;
- Avaliar o programa proposto quanto à validade de conteúdo e de aparência;
- Escrever a segunda versão do Programa Jovens Mães Cuidadoras após a incorporação das sugestões e comentários pós *Delphi*.

4 MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa de validação de tecnologia do tipo estudo de desenvolvimento metodológico. A pesquisa metodológica desenvolve ou aprimora instrumentos e costuma incluir o uso de modelos com métodos mistos (*quanti-quali*)[99].

Neste tipo de estudo, tanto se pode elaborar um novo quanto melhorar, modificar ou adaptar um modelo já existente. Têm ainda como foco o desenvolvimento, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas[100].

Na pesquisa metodológica, o pesquisador tem como meta a elaboração de um instrumento confiável, preciso e utilizável que possa ser empregado por outros pesquisadores [100]. Esse tipo de pesquisa utiliza de maneira sistemática os conhecimentos existentes para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa de uma intervenção existente, ou ainda, produz ou aprimora um instrumento, um dispositivo ou um método de mediação[101].

Como bem enfatiza Nascimento[102], a abordagem quantitativa na pesquisa metodológica permite análises do grau de precisão do instrumento e a abordagem qualitativa permite análises descritivas das opiniões dos juízes-especialistas, chegando à validação do instrumento pela concordância das sugestões e valorização da importância e satisfação desse instrumento para o público-alvo.

Segundo Polit e Beck[99], para avaliação de um instrumento, deve-se considerar dois importantes critérios: a confiabilidade primária e a validade. A primeira, é o grau de consistência ou precisão com que um instrumento mede o atributo. Quanto maior a confiabilidade do instrumento, menor a quantidade de erro nos escores obtidos. O segundo critério é o grau no qual um instrumento mede o que supostamente deve medir.

Desta maneira, a presente proposta tem a intenção de *validar o conteúdo* de um programa de assistência, que contém temas e assuntos pertinentes à promoção do desenvolvimento infantil, a promoção da saúde materna e da criança, a abordagem familiar e ao "*parenting*", como material e método para se tornar uma intervenção a ser usada na prática assistencial de enfermeiros.

Nesta investigação, a proposta metodológica para a validação do programa será adaptada dos critérios estabelecidos no modelo de Pasquali[103], que envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos e é composta por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos.

Em virtude de o instrumento a ser validado se constituir de um programa de intervenção e não de uma escala psicométrica, procederemos à adaptação da teoria deste autor usando apenas os procedimentos teóricos. Portanto, os procedimentos empíricos e analíticos para uma pequena amostra da população - alvo serão suprimidos e, desse modo, não será possível realizar os testes estatísticos como propõe o método. Pasquali[103] enfatiza que os procedimentos teóricos, no seu método são os mais importantes, já que se referem à preocupação com a teorização do construto de interesse.

4.1.1 Validação

A validação é um processo no qual se busca demonstrar a capacidade de um programa, de um teste ou de um instrumento contemplar ou medir o que realmente se propõe[104]. Para Ferreira[105], validade é a qualidade ou condição de válido, valibilidade, legitimidade, valência, valimento, valor. Validade do que é válido em todas as acepções. Ainda para o autor, validação é o ato ou efeito de validar-se, dar validade, tornar-se válido.

O processo de validação pode ser entendido também como uma resposta para o que está sendo medido ou avaliado. Há validade quando a resposta for afirmativa em relação à medição real do que se quer ou deve ser medido, em contrapartida quando a resposta for negativa, não há validade no estudo. Ela refere-se ainda à extensão com a qual determinado programa ou instrumento realiza ou não aquilo que ele propõe[100].

Para Raymundo[106], validar é mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida é todo um processo de investigação. "*O processo de validação não se exaure, ao contrário, pressupõe continuidade e devem ser repetidas inúmeras vezes para o mesmo instrumento*". Há várias maneiras de se realizar o processo de validação de um programa, teste ou instrumento. De modo geral, a história do parâmetro da validade corresponde a quatro etapas: validade aparente, de conteúdo, de critério e de constructo.

De acordo com Cassiani[107], a validade aparente, como o próprio nome menciona, refere-se à propriedade do que está sendo validado aparentemente referir-se àquilo que se propõe; a validade de conteúdo refere-se ao grau no qual os itens do instrumento representam adequadamente o conteúdo; a validade de critério corresponde ao grau no qual os escores do instrumento se correlacionam com algum critério externo; e a validade de construto ao grau no qual um instrumento mede este mesmo construto sob investigação.

A validação aparente ou semântica ou de face, indica se o instrumento parece, à primeira vista, medir o construto apropriado. A finalidade é saber como o público-alvo compreende os itens ou se eles modificariam alguns deles. Pode ser realizada individualmente ou em grupo e

seus resultados devem ser apresentados de forma padronizada, por meio de instrumentos específicos de coleta de dados das informações e documentos[108].

Para alguns autores, a validade de aparência ou de face é considerada uma forma subjetiva de validar o instrumento, e consiste na avaliação de um grupo de pessoas quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento. Trata-se de uma avaliação superficial realizada por aqueles que se utilizarão do instrumento e, portanto, não pode ser usada como um critério isolado[104,109].

A validade aparente é uma das técnicas mais simples, porém não muito satisfatória, indicando se uma medida ou um programa, aparentemente satisfaz àquilo que se propõe. Todo instrumento ou programa construído deve passar pela medida de validade aparente, pois se os mesmos aparecem como incoerente, irrelevante, infantil ou até mesmo inadequado, a falta de validade aparente comprometerá todo o estudo[110]. Sua presença é bastante importante, pois se as pessoas que participarão do programa acharem-no irrelevante, poderão não responder ou fazer sem cuidado[111].

A validação de conteúdo de um instrumento baseia-se, necessariamente, em um julgamento; indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o construto específico e cobrir adequadamente seu domínio[99]. A validação analisa a capacidade dos itens de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a ser abordado no instrumento. Alguns autores dizem que esse tipo de validação tende a ser julgada de forma empírica, uma vez que não existem métodos totalmente objetivos para assegurar que um instrumento englobe adequadamente o conteúdo a ser medido[99].

Polit, Beck e Hungler[99] relatam a validade de conteúdo como a determinação da capacidade de um programa, teste ou instrumento de representar adequadamente todas as dimensões do conteúdo a que se destinam. Para a determinação da validade de conteúdo, o programa e/ou instrumento é submetido a um comitê de juízes ou especialistas, os quais serão solicitados a avaliar a relevância e a adequação do mesmo e a julgar se ele representa o conteúdo em questão. Nesta apreciação, os peritos podem sugerir, corrigir, acrescentar ou modificar os itens[99,100].

Um instrumento passa a ser validado quando múltiplas medidas são empregadas para responder a uma única questão de pesquisa. Quanto maior o número de convergência dos resultados, após a utilização de várias técnicas para identificar sua viabilidade, maior a possibilidade de comprovar a confiabilidade e validade nos resultados do estudo. O valor de concordância entre os juízes-especialistas será considerado de 75%, tendo como referência os valores empregados em outros estudos[112-114].

O processo de validação justifica-se na necessidade de validar o conteúdo de um programa para poder ser aplicado na prática clínica assistencial da intervenção, que têm como enfoque a promoção do desenvolvimento infantil, através do fortalecimento vínculo mãe-bebê. Neste estudo, após ampla análise da literatura científica, constatou-se que é viável a realização das validades aparente e de conteúdo.

4.1.2 Técnica Delphi

Consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos.

Justifica-se pelo uso estruturado do conhecimento, da experiência e criatividade de um painel de especialistas, partindo do pressuposto de que o julgamento coletivo, é melhor que a opinião de um só indivíduo, ou de grupos desprovidos de conhecimentos específicos; assim, a evolução em direção ao consenso representa consolidação do julgamento intuitivo de um grupo de peritos[115].

Seu uso destina-se a situações sob inexistência de dados, carência de dados históricos, necessidade de abordagem interdisciplinar ou para o estímulo de criação de novas idéias. Também visa à prospecção de tendências futuras sobre o objeto em estudo e até mesmo no sentido de extrair as perspectivas estruturais de um determinado assunto[116,117].

4.2 População do Estudo

Nesta pesquisa, optamos por realizar a Técnica Delphi Eletrônica[118], que possui algumas vantagens a mais que o Delphi tradicional, realizado via correios: redução acentuada de custos na preparação dos materiais e no envio; diminuição do tempo para realização da pesquisa; os questionários são respondidos diretamente em uma plataforma de pesquisa ou formulário da *Internet* e os dados são encaminhados automaticamente para uma planilha eletrônica, portanto redução de tempo nesse quesito; possibilidade de um *feedback* muito mais rápido aos respondentes e possibilidade de utilização de uma mídia mais atraente e flexível, o que torna o preenchimento do questionário mais agradável e eficiente[115].

A população deste estudo foi formada por dois comitês distintos de juízes: um primeiro comitê, composto por profissionais da área da Enfermagem (**grupo 1**), e um segundo comitê (**grupo 2**), formado por experts na área (pesquisadores, docentes, coordenadores técnicos). Para a escolha dos participantes do estudo, utilizamos a amostragem não probabilística intencional, cuja principal característica é não fazer uso de formas aleatórias de seleção. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção etc) de determinados elementos da população, mas não em sua representatividade numérica[119].

Desta forma, para compor o primeiro comitê de juízes, selecionamos e convidamos profissionais de Enfermagem das áreas de Saúde da Família, Saúde da Mulher e Saúde Mental, para integrar a equipe de especialistas na avaliação da primeira versão do programa proposto, com o objetivo de refinar a relação das temáticas e avaliar o conteúdo do programa.

Nesta pesquisa, em virtude da necessidade de profissionais com qualificação específica para participar do Delphi, os juízes do grupo 2 foram escolhidos por meio da análise de currículos existentes na base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico (CNPq) e da experiência profissional nas áreas de Saúde Materno - Infantil.

4.3 O Programa "Jovens Mães Cuidadoras"

O instrumento a ser analisado pelos juízes deste Delphi corresponde às diretrizes do programa Jovens Mães Cuidadoras, apresentadas a seguir:

O Programa "Jovens Mães Cuidadoras" pretende aprimorar a assistência oferecida à díade mãe-criança na Atenção Básica. O cuidado oferecido à díade mãe-criança, se caracteriza por ser longitudinal e ter como finalidade a construção das competências de cuidado materno no âmbito físico, social e mental.

O Programa se inicia nas primeiras semanas de gravidez e vai até a criança completar dois anos de idade. A aposta é apoiar o desenvolvimento da primeira infância por meio do fortalecimento dos cuidados parentais, considerando que no Brasil, a primeira infância é um período em que a maioria das crianças está em casa, sob os cuidados da mãe ou de outro cuidador familiar. O público alvo do Programa "Jovens Mães Cuidadoras" são as adolescentes, considerando a faixa etária de catorze a dezenove ano e o local de escolha para a assistência é o domicílio, onde a adolescente mora, para tanto o recurso tecnológico a ser utilizado é a visita domiciliar (VD).

A escolha por esses "lócus" de assistência se deve ao fato de que a VD propicia o estabelecimento de um vínculo maior entre o profissional e a adolescente, além de propiciar uma melhor compreensão (por parte do profissional) da realidade vivida pelos usuários. O Programa "Jovens Mães Cuidadoras" buscará se articular ou potencializar as ofertas de serviços já existentes na comunidade onde essas adolescentes moram, inclusive no intuito de estimulá-las a utilizar plenamente os recursos sociais, educacionais e de saúde que a comunidade dispõe.

O Programa "Jovens Mães Cuidadoras" para ser executado, vai precisar de um corpo de profissionais enfermeiros contratados exclusivamente para executá-lo. A proposta é que uma enfermeira "visitadora" possa assistir de quinze a vinte famílias. Os objetivos do Programa "Jovens Mães Cuidadoras" são: Melhorar os resultados da gravidez ajudando mulheres a aprimorar a saúde pré-natal; melhorar a saúde da criança e o desenvolvimento social e cognitivo

preparando as mães (pais e familiares) para estabelecerem vínculos positivos com a criança e oferecer cuidado sensível e competente e; melhorar o curso de vida da mãe (e pai) ajudando-a a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.

O Programa ”jovens mães cuidadoras” se apoia em três teorias:

(1) A teoria da autoeficácia, proposta por Bandura , em linhas gerais essa teoria visa ajudar a mãe (os pais) a redefinir seu projeto de vida , a partir da identificação de metas realistas , que divididas em pequenos passos, podem levar a mãe (os pais) a realizar transformações importantes na sua vida e na vida da criança . Os pais, em seguida, ganham um sentido de realização (por exemplo, eficácia), como eles se vêem alcançando cada meta. Este sentimento de eficácia deve, por sua vez, aumentar a motivação dos pais para continuar os objetivos;

(2) A teoria ecológica, proposta por Urie Brofenbrenner, a qual reconhece a importância da inserção dos indivíduos e das famílias nos diversos contextos da vida em sociedade e busca ajudar a mãe (e pais) a desenvolver vínculos positivos com sua família e com a comunidade;

(3) A teoria do apego, descritas por John Bowlby e Mary Ainsworth, essa teoria aponta o quanto o estabelecimento de vínculos de boa qualidade entre pais e filhos é um recurso importante para se garantir o pleno desenvolvimento social e cognitivo da criança. Crianças que possuem vínculos fortes e de qualidade com seus pais são mais capazes e mais preparadas para enfrentar as situações trazidas pelo cotidiano. Assim, investir no preparo dos pais para que estes possam entender a importância de responder com sensibilidade ao seu filho e criar um ambiente acolhedor é uma tarefa importante para o programa de visitação.

Dessas três teorias derivam as cinco premissas que compõe o programa “jovens mães cuidadoras”: **premissa 1:** cuidados com a saúde; saúde ambiental; **premissa 2:** desenvolvimento de seu curso de vida; **premissa 3:** desenvolver a “parentalidade” ; **premissa 4:** os amigos e a família ; **premissa 5:** saúde e serviço Social; essas premissas devem servir de diretrizes para a abordagem das mães, pais, famílias; e devem estar presentes em cada VD realizada pelo enfermeiro (a), em graus variados conforme a necessidade assistencial.

O esquema de visitas proposto possui uma média de 58 a 63 visitas para cada família, naturalmente dependendo da idade gestacional com a qual a gestante ingressa no programa. Cada visita deverá durar, em média, sessenta minutos, a quantidade média de visitas “esperadas” no período da gravidez são 10 a 15; no puerpério são 4 a 6 e dos 2 meses aos 2 anos da criança mais ou menos 46 visitas domiciliares.

Os enfermeiros visitadores, para atuar no programa “jovens mães cuidadores” precisam receber um treinamento especifico. O programa de aprendizagem do programa de visitas

“jovens mães” pressupõe que os enfermeiros sejam graduados em enfermagem e preferencialmente possuam especialização ou mestrado nas áreas de saúde da mulher (ou obstetrícia); saúde da criança (pediatria) ou saúde mental (psiquiatria).

Antes de ingressar no programa os enfermeiros devem passar por um programa de capacitação para “aprender” a manejar os instrumentos e as abordagens de cada VD, bem como fazer uma atualização sobre os protocolos de cuidado a criança e ao pré-natal e puerpério. Outro ponto importante no programa “jovens mães cuidadores” é a supervisão das enfermeiras visitadoras por profissionais enfermeiro e psicólogos treinados, experts nas teorias que dão suporte ao programa “jovens mães cuidadores”, para discutirem casos, alinharem condutas, analisarem resultados e intervenções realizadas.

4.4 Instrumentos de Coleta de Dados

Para auxiliar na análise pelo comitê de profissionais e pelos juízes, foram elaborados quatro formulários, dois tipos de questionário para cada grupo. O **questionário A** continha questões referentes à caracterização pessoal e profissional do respondente (Apêndices H e I), e o **questionário B** continha os itens relacionados à avaliação das diretrizes do programa Jovens Mães Cuidadoras (Apêndices J e K).

No **questionário A** de identificação do **grupo 1** (profissionais de Enfermagem) os itens eram: letras iniciais do nome, sexo, idade, tempo de graduação, área de residência, tempo de experiência na área e titulação (Apêndice H).

Já no **questionário A** de identificação do **grupo 2** (especialistas/experts), os itens continham informações com a finalidade de caracterizá-lo quanto a letras iniciais do nome, sexo, idade, graduação, tempo de graduação, área de atuação, cargo⁄função na instituição que trabalha e tempo de trabalho na área (Apêndice I).

O **questionário B** continha os itens para avaliação das diretrizes do programa em si. O questionário original (Apêndices F e G) teve de ser adaptado para a versão do formulário eletrônico do *google docs* (Apêndices J e K). No entanto, o conteúdo é o mesmo. Este questionário foi organizado conforme a escala de Likert, com itens distribuídos em três blocos, para o **grupo 1**, e quatro blocos, para o **grupo 2**, contendo perguntas referentes à avaliação do conteúdo do programa.

As perguntas do **questionário B** dos para ambos os grupos eram praticamente as mesmas, e estas perguntas se referiam a: itens de **validação de conteúdo** (potencial de inovação da tecnologia, clareza dos objetivos, pertinência dos objetivos, pertinência do referencial teórico, adequação das premissas básicas para a prática do enfermeiro, exequibilidade dos resultados a curto, médio e longo prazo, pertinência do esquema de visitas proposto, pertinência de temas e

ações elencados no cuidado a gestante, no puerpério, e à criança, pertinência dos temas e ações pra a prática da visita domiciliar, pertinência dos instrumentos, necessidade de treinamento, relevância da temática para a promoção do desenvolvimento infantil, importância da temática para a prática do enfermeiro, inovação e importância dos saberes e práticas para o âmbito clinico do trabalho do enfermeiro, potencial de escalabilidade, abordagem interdisciplinar); e itens relacionados à **validação de aparência** (ordenação de conteúdo, clareza e complexidade do texto, extensão do material e linguagem).

No **questionário B** do **grupo 1** (profissionais de Enfermagem), os itens do questionário avaliativo foram elaborados segundo sua importância e relação com o objeto em estudo: no caso, o programa de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil – Programa Jovens Mães Cuidadoras, enquanto as proposições foram apresentadas aos sujeitos em três blocos de análise: No bloco 1, sobre a finalidade do programa, ou seja, refere-se aos propósitos, objetivos ou afins que se deseja atingir com o programa, e continha cinco itens (1.1 a 1.5). No bloco 2 os itens eram sobre temas e ações propostas e referiam-se à forma de apresentação do conteúdo do programa. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e coerência. O bloco 2 continha sete itens (2.1 a 2.7). O bloco 3 abrangia itens relacionados ao estilo da escrita, referindo- se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do material apresentado, e apresentava cinco itens (numerados de 3.1 a 3.5), vide Apêndice F.

No **questionário B** do **grupo 2** (experts), os itens do questionário avaliativo foram elaborados segundo sua importância e relação com o objeto em estudo: no caso, o programa de intervenção para a promoção do desenvolvimento infantil – Programa Jovens Mães Cuidadoras, enquanto as proposições foram apresentadas aos sujeitos em quatro blocos de análise: O Bloco 1 continha itens relacionados aos objetivos, ou seja, referia-se aos propósitos, metas ou afins que se deseja atingir com o conteúdo do programa. Este bloco tinha nove itens (numerados de 1.1 a 1.9). O bloco 2, denominado" temas e ações propostas" referia-se a orientações gerais, estrutura, estratégia de apresentação e coerência do programa. Continha seis itens (numerados de 2.1 a 2.6). O bloco 3, denominado "relevância", referia-se à característica que avalia o grau de significação do conteúdo do programa apresentado, e foi dividido em sete itens (numerados de 3.1 a 3.7). O último bloco, o bloco 4, denominado de "estilo da escrita", referia-se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do material apresentado, dividido em seis itens (4.1 a 4.6).

Em ambos os questionários, ao fim de cada item, havia um espaço no qual os juízes podiam sugerir ou comentar as respostas escolhidas.

Foram analisadas as respostas dos profissionais e especialistas de forma quantitativa, por meio dos itens do instrumento de coleta (Apêndices H e I) que abordavam blocos de análise com as opções de resposta.

Para emitir sua opinião, os respondentes procederam à leitura da síntese das diretrizes presentes nos formulários (Apêndices H e I) e depois responderam às questões entre quatro níveis, conforme apresenta a forma da escala tipo Likert.

A escala de Likert é uma técnica de classificação, que consiste em várias declarações (itens) que expressam um ponto de vista sobre um tópico. Nessa abordagem, colocam-se os respondentes em contato com os itens expressos de modo positivo ou negativo em relação ao fenômeno. Neste caso, a escala Likert, possuía quatro níveis de resposta, conforme se segue: 1. Inadequado; 2. Parcialmente adequado; 3. Adequado; 4. Totalmente adequado.

4.5 Coleta de Dados

Pereira e Alvim[118] recomendam 3 fases para a operacionalização da Delphi Eletrônica: Fase 1 (Preparação), fase 2 (Execução) e fase 3 (disseminação). Esta fase foi realizada no período de julho a outubro de 2015.

Fase 1 – Preparação

A fase 1 consiste no levantamento dos experts e especialistas que comporão o grupo de juízes do Delphi. Esta fase é primordial para a garantia de todo sucesso de desenvolvimento da técnica, portanto, deve ser bem fundamentada para garantir o sucesso das subsequentes[118]. Nesta fase preparatória, estão contidos dois passos importantes do método: a seleção de experts e especialistas e a elaboração da plataforma de pesquisa ou do questionário.

A seleção de experts e especialistas devem estar de acordo com os objetivos da pesquisa. Os selecionados devem apresentar afinidade com a proposição que se busca validar, portanto, devem possuir produção acadêmica, científica e⁄ou experiência profissional na área do estudo, configurando-o, assim, como um perito[116,120,121].

Vale pontuar que profissionais que atuam na área e possuam relevante experiência profissional, ainda que não tenham produção acadêmica reconhecida também podem participar como peritos e, neste caso, o destaque para caracterizá-lo como tal recairá sobre sua experiência profissional[118].

Fase 2 – Execução

A fase 2 consiste na fase de coleta de dados propriamente dita, e inclui o contato com os respondentes da pesquisa, o envio do convite e dos questionários para avaliação do instrumento que se pretende validar[118].

Para compor o grupo 1, foram enviados vinte convites, através de *email*, para profissionais enfermeiros, dentre estes, inclusive, residentes de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no entanto, somente obtivemos retorno positivo de quatro profissionais.

Os enfermeiros do grupo 1 foram convidados a participar da pesquisa mediante contato formal, individualmente, por meio eletrônico, através de uma carta convite (Apêndice A) pela pesquisadora. Nesta carta, foi explanado o título, os objetivos do estudo e a justificativa do processo e validação e contribuição que eles poderiam fornecer. Desta forma, tentamos despertar-lhe o interesse em participar e analisar o material proposto.

Ao aceitar, o enfermeiro preencheu *on line* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C) concordando em participar da pesquisa e recebeu dois links que correspondiam ao preenchimento dos formulários de identificação e o formulário de análise de conteúdo das diretrizes, respectivamente (Apêndices H e J).

Para compor o grupo 2, foram enviados trinta convites, através de *email*, para experts previamente selecionados pela pesquisadora, no entanto, somente obtivemos retorno positivo de 8 respondentes.

Os juízes experts do grupo 2 também foram convidados a participar da pesquisa mediante contato formal, individualmente, por meio eletrônico, através de carta convite (Apêndice B). Nesta carta, foi explanado o título, os objetivos do estudo e a justificativa do processo e validação e contribuição que eles poderiam fornecer. Desta forma, tentamos despertar-lhes o interesse em participar e analisar o material proposto.

Ao aceitar, o participante preencheu *on line* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) e recebeu dois links que correspondiam ao preenchimento dos formulários de identificação e o formulário de análise de conteúdo das diretrizes, respectivamente (Apêndices I e K).

Foi estabelecido, então, um prazo de vinte dias, para ambos os grupos, durante o qual o profissional faria a leitura das diretrizes e preencheria os formulários de identificação e de análise.

Fase 3 – Disseminação

Segundo Pereira e Alvim[118], é a fase de apresentação dos resultados obtidos da pesquisa. Nesta fase, os participantes recebem ou acessam o relatório dos resultados da pesquisa que apresenta os dados consolidados, os consensos e as recomendações resultantes da Delphi Eletrônica.

No caso desta pesquisa, os respondentes de ambos os grupos receberam o relatório final da 1ª rodada do Delphi, bem como a versão 2 das diretrizes do Programa Jovens Mães Cuidadoras, que foi formulada através da análise dos formulários dos dois grupos.

4.6 Análise dos dados

Após a avaliação dos especialistas, para determinar o nível de concordância entre eles, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens e para o conjunto total de itens do instrumento. Para Alexandre e Coluci[122], o IVC compreende um método muito utilizado na área da saúde. Mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens. Este método emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro de acordo com os Apêndices F e G, na qual, 1 corresponde a totalmente inadequado, 2 = parcialmente adequado, 3 = adequado e 4 = totalmente adequado.

Neste caso, o escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados por "3", neste caso, a opção "adequado" ou "4", neste caso, a opção "totalmente adequado" pelos especialistas. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos especialistas.

A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item foi:

$$\text{IVC} = \frac{\text{número de respostas “Adequado” ou “Totalmente adequado”}}{\text{número total de respostas}}$$

O IVC destinado a avaliar o conteúdo dos itens e do instrumento em relação à representatividade da medida, é considerado válido se, ao computar as avaliações de juízes, se obtiver índice de aprovação acima de 75% (0,75), e foi baseado em estudos anteriores[112-114].

Vale ressaltar que um índice de concordância entre os juízes maior que 0,75 é o desejável e que o IVC igual a 1 (numa variação entre -1 e +1) indica concordância plena entre os juízes e serve de critério de decisão de pertinência e/ou aceitação do item avaliado. No entanto, a concordância plena não quer dizer que todos os juízes responderam da mesma forma, mas significa uma relativa harmonia na escolha dos escores entre os especialistas.

As respostas foram coletadas e analisadas segundo análise estatística descritiva e tabuladas em Excel.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e quadros, de acordo com a natureza de cada um deles.

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A autonomia dos participantes do estudo foi respeitada pela sua livre decisão de participação da pesquisa, após o fornecimento das orientações que subsidiaram a sua decisão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices C e D) do presente estudo para ambos os públicos foi apresentado para ser lido, analisado e assinado por eles. Este documento oficializou a decisão dos respondentes de participarem da pesquisa, de maneira livre e espontânea, permitindo-lhes também a retirada dela, se assim o desejarem e quando quiserem.

Foram respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos entrevistados. Também foram previstos os procedimentos que assegurassem a confidencialidade, o anonimato das informações, assim como a privacidade e a proteção da imagem dos informantes, garantindo-lhes que as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo, de qualquer natureza, para eles.

É preciso evidenciar que este estudo seguiu os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12, do Ministério da Saúde.

Este estudo foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e aprovado sob o parecer de número 1.105.407 (Anexo 01).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1. PRIMEIRA RODADA

5.1.1 Caracterização dos participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos: **grupo 1**, formado por profissionais de Enfermagem, que estivessem atuando na prática clínica, preferencialmente na Estratégia de Saúde da Família, e **grupo 2**, formado por juízes (especialistas), grupo esse caracterizado por pesquisadores e⁄ou docentes das áreas de Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde Materno - Infantil e áreas correlatas.

A seguir, foi traçado o perfil de cada grupo, e, logo depois, a submissão das diretrizes para análise dos mesmos.

Foram convidados vinte enfermeiros e quatro responderam ao formulário. Os dados de identificação do grupo 1 foram reunidos segundo as variáveis: sexo, idade, tempo de graduação, área de especialização, tempo de experiência e titulação.

No respeitante à variável sexo, todos os profissionais eram do sexo feminino. Isto reafirma a crescente e real inserção da mulher no mercado de trabalho, e a inegável feminização da profissão de Enfermagem[123,124]. É inegável, no entanto, que, ainda persistem desvantagens na integração da mulher no mercado de trabalho, e a ocorrência de tendências inovadoras, que apontam para a conquista, por parte de mulheres mais escolarizadas, de bons empregos, embora mantendo a concentração em guetos femininos[125,126].

Os respondentes tinham idade entre vinte e sete e trinta e três anos, três tinham até cinco anos de formado e um tinha tempo de graduação entre dez e quinze anos. A área de especialização dos profissionais era Saúde da Família e Saúde Mental. O tempo de experiência variou de um mês a dez anos. Somente um profissional possuía o título de mestre, dois tinham especialização e somente um era apenas graduado. Estes profissionais foram identificados como profissional 1, profissional 2, profissional 3 e profissional 4.

Para efeito didático, a caracterização do grupo 1 é dada com a sua distribuição no quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Demonstrativo pessoal e profissional dos profissionais de Enfermagem que analisaram as diretrizes do Programa Jovens Mães Cuidadoras. São Paulo, 2015.

Identificação	**Sexo**	**Idade**	**Tempo de Graduação**	**Área de Especialização**	**Tempo de Experiência**	**Titulação**
Profissional 1	F	27	Até 5 anos	Saúde da Família	2 semanas	Graduação
Profissional 2	F	33	Até 5 anos	Saúde da Família	4 anos	Especialização
Profissional 3	F	25	Até 5 anos	Saúde da Família	6 meses	Mestrado
Profissional 4	F	33	Entre 10 e 15 anos	Saúde Mental	10 anos	Especialização

Para compor o grupo 2, foram convidados trinta experts, de diversas áreas de conhecimento: Medicina, Psicologia, Enfermagem, Pedagogia e Assistência Social. Dos trinta profissionais convidados, doze aceitaram e responderam positivamente ao formulário do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), oito experts responderam o formulário de identificação pessoal e profissional e sete efetivamente participaram e responderam a ambos os formulários (identificação e análise do programa). Desta forma, houve cerca de 50% de aceite e sete (23%) concluíram e finalizaram as respostas.

Em média levou um mês e quinze dias entre envio do convite, aceite da participação e emitirem suas opiniões nos formulários. Vale salientar que houve um *email* quinzenal de lembrete para a participação na pesquisa, para aqueles experts que responderam positivamente ao termo de consentimento livre esclarecido (TCLE), mas que ainda não tinham respondido os dois formulários.

Após o preenchimento do formulário de identificação, pudemos constatar que todos os experts eram do sexo feminino, com idade entre 29 e 61 anos, com graduação de diferentes cursos: Enfermagem, Pedagogia, Medicina e Psicologia. O tempo de graduação predominante foi a de mais 15 anos, seguido de intervalo entre 10 e 15 anos, com tempo de experiência mais escolhido como mais de 15 anos. As duas áreas de atuação dos experts foram: saúde da criança e saúde mental, e os cargos e/ou funções que exerciam foram: docente, supervisão, coordenação técnica, psiquiatra e pesquisadora.

Da mesma forma no grupo 1, o grupo 2 também foi composto de amostra 100% feminina, embora o convite para participar da pesquisa foi direcionado para ambos os sexos dos profissionais. Este resultado é semelhante ao perfil de experts do estudo de Oliveira[114], cuja pesquisa de validação também buscou um perfil de experts multidisciplinar.

A amostra do grupo 2 foi predominante de enfermeiros, e, embora o programa de visitação proposto seja feito para enfermeiros, entendemos que um grupo de profissionais de áreas correlatas deveria participar da validação de conteúdo do mesmo, desta forma, optamos por variar as profissões. Gomes et al[127] pontuam que é inegável a necessidade do intercâmbio científico, ou seja, da interdisciplinaridade para que a evolução científica se verifique.

Segundo Jurado et al[128], o processo de formação do enfermeiro deve ser incorporado à pesquisa como atividade para que esse profissional venha a se tornar consumidor de pesquisa, com vista à evolução da prática de Enfermagem e de saúde.

O tempo de experiência e a área de atuação são indicadores importantes, e consideramos que a experiência de trabalho associada à titulação contribui de forma significativa para a análise do material.

Para fins de anonimato nas respostas, os experts foram identificados como expert 1, expert 2, e assim, sucessivamente, até expert 7.

A caracterização do grupo 2 é dada com a sua distribuição no quadro a seguir:

Quadro 2: Demonstrativo pessoal e profissional dos juízes-especialistas que analisaram as diretrizes do Programa Jovens Mães Cuidadoras. São Paulo, 2015.

Identificação	**Sexo**	**Idade**	**Graduação**	**Tempo de graduação**	**Área de atuação**	**Função/ Cargo**	**Tempo de experiência**
Expert 1	F	56	Enfermagem	Mais de 15 anos	Saúde da Criança	Docente	Mais de 15 anos
Expert 2	F	29	Enfermagem	Entre 5 e 10 anos	Saúde da Criança	Docente	Até 5 anos
Expert 3	F	34	Pedagogia	Entre 10 e 15 anos	Saúde da Criança	Supervisão	Entre 10 e 15 anos
Expert 4	F	51	Enfermagem	Mais de 15 anos	Saúde da Criança	Docente	Mais de 15 anos
Expert 5	F	61	Medicina	Mais de 15 anos	Saúde da Criança	Coordenação Técnica	Mais de 15 anos
Expert 6	F	31	Medicina	Entre 5 a 10 anos	Saúde Mental	Psiquiatra	Até 5 anos
Expert 7	F	34	Psicologia	Entre 10 a 15 anos	Saúde Mental	Pesquisadora (pós-doc)	Entre 5 e 10 anos

5.1.2 Análise dos itens de concordância

No formulário de avaliação do **grupo 1**, o **bloco 1**, sobre finalidade, continha cinco itens e referia-se aos propósitos, objetivos ou afins que se deseja atingir com o programa. Os cinco itens deste bloco estão especificados como se segue:

1.1: Os objetivos do programa se alinham a uma proposta inovadora de assistência integral na Atenção Básica;

1.2: Os princípios do programa oferecem suporte teórico para o enfermeiro realizar a intervenção

1.3: As premissas oferecem diretrizes claras às ações durante a assistência/intervenção

1.4: O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção

1.5: É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 1**, está representada na tabela 1:

Tabela 1: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 1, primeira rodada, entre o grupo 1, composto por profissionais de Enfermagem. São Paulo, 2015.

	ESCORES				
Itens / **Respostas**	**Totalmente adequado %**	**Parcialmente adequado %**	**Adequado %**	**Totalmente inadequado %**	**Concordância %**
Item 1.1	25	-	75	-	100
Item 1.2	50	-	50	-	100
Item 1.3	50	-	50	-	100
Item 1.4	50	-	50	-	100
Item 1.5	25	-	50	-	75

No bloco 1, os itens 1.1 a 1.4 receberam 100% de concordância entre os profissionais, e o item “É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro” recebeu concordância de 75%, ou seja, IVC = 0,75, valor limítrofe ao pré-estabelecido.

No formulário de avaliação do **grupo 1**, o **bloco 2**, sobre os **temas e ações propostas**, e referia-se à forma de apresentação do conteúdo do programa. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e coerência. Os sete itens deste bloco estão especificados como se vê a seguir:

2.1: Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente;

2.2: Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente;

2.3: Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente;

2.4: Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar;

2.5: Os temas e ações relacionados ao curso de vida oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente;

2.6: A descrição do "que fazer" em cada visita domiciliaria está clara;

2.7: Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros.

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 2**, está representada na tabela 2:

Tabela 2: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 2, primeira rodada, entre o grupo 1, composto por profissionais de Enfermagem. São Paulo, 2015.

ESCORES					
Respostas / **Itens**	**Totalmente adequado %**	**Parcialmente adequado %**	**Adequado %**	**Totalmente inadequado %**	**Concordância %**
Item 2.1	50	-	50	-	100
Item 2.2	25	-	75	-	100
Item 2.3	25	-	75	-	100
Item 2.4	25	-	75	-	100
Item 2.5	-	-	100	-	100
Item 2.6	50	25	25	-	75
Item 2.7	-	25	75	-	75

Como podemos observar na tabela 2, os quatro primeiros itens do bloco 2 alcançaram percentual de 100% de concordância entre os juízes, e os itens " a descrição do "que fazer" em cada visita domiciliaria está clara e "os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros" atingiram valor limítrofe (75%).

No formulário de avaliação do **grupo 1**, o **bloco 3**, sobre o estilo da escrita, e refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do material apresentado. Os cinco itens deste bloco estão especificados da seguinte forma:

3.1: A ordenação dos conteúdos e ações;

3.2: Clareza do texto;

3.3: O vocabulário utilizado;

3.4: Extensão do material;

3.5 Complexidade do texto.

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 3**, está representada na tabela 3:

Tabela 3: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 3, primeira rodada, entre o grupo 1, composto por profissionais de Enfermagem. São Paulo, 2015.

	ESCORES				
Itens / **Respostas**	**Totalmente adequado %**	**Parcialmente adequado %**	**Adequado %**	**Totalmente inadequado %**	**Concordância %**
Item 3.1	-	25	75	-	75
Item 3.2	50	-	50	-	100
Item 3.3	50	-	50%	-	100
Item 3.4	25	-	75%	-	100
Item 3.5	25%	-	75%	-	100

Pela tabela acima, os quatro últimos itens do bloco 3 atingiram 100% de concordância entre os juízes, ou seja, o valor do IVC = 1, e o item “a ordenação dos conteúdos e ações” atingiu valor limítrofe (0,75).

Alguns itens apareceram como parcialmente adequado: (1.5) é possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro, do **bloco 1**; (2.6) a descrição do “que fazer” em cada visita domiciliar está clara, do **bloco 2**; (2.7) os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros, também do **bloco 2**, e (3.1) ordenação dos conteúdos e ações, **do bloco 3**. A respeito dos itens que foram analisados como “parcialmente adequado” podemos perceber questões apontadas pelos enfermeiros de família, que acabam não reconhecendo os instrumentais da saúde mental na pratica clínica do enfermeiro da Atenção Básica.

Em relação aos comentários e⁄ou sugestões feitas pelos profissionais de Enfermagem, os mesmos estão expostos no quadro 3, a seguir:

Quadro 3: Comentários feitos pelos profissionais de enfermagem, primeira rodada, 2015

Item	Comentários e⁄ou sugestões dos profissionais
1.1. Os objetivos do programa se alinham a uma proposta inovadora de assistência integral na AB	Prof 1: "Acredito que o programa tenha recursos para dar maior suporte ao binômio vulnerável. Mas creio que a Atenção Básica faz este trabalho em dimensões (nºde visitas⁄contato) bem reduzidos. E dependendo do enfº da ESF pode haver falhas, até mesmo pelo processo de trabalho.
1.5. É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro?	Prof 3: Acredito que para a prática clínica é necessário um trabalho interdisciplinar com profissionais que possam apoiá-la em relação a aspectos sociais e de outras áreas de conhecimento, por exemplo, nutricionistas, psicólogas, entre outros
2.1. Os temas e ações relacionados ao curso de vida oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	Prof.1: Há intercorrências com por ex. crianças (rn) hospitalizados, mães institucionalizadas no decorrer do programa. lidar com violência, etc. o que exigirá que o profissional empodere-se de outros recursos.
2.7. Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros	Prof 1: Só conheço a de Edimburgo. Prof 2: Algumas escalas exigem conhecimento prévio para aplicação e treinamento para a leitura dos resultados.
3.1 A ordenação dos conteúdos e ações	Prof 2: O conteúdo pode ser repetitivo
3.3 Vocabulário utilizado	Prof 1: Não sei para as adolescentes

Após a análise dos dados, constatou-se que não seria necessário mais que uma rodada de concordância com **o grupo 1** (profissionais de Enfermagem), pois já na primeira rodada este grupo atingiu o índice de validade de conteúdo acima de 0,75 para todos os itens, e atingindo o IVC global de 0,94.

O **grupo 2** (experts) teve uma dinâmica um pouco diferente. Na primeira rodada do Delphi, sete experts responderam a vinte e oito itens, que abrangiam diversas questões a respeito do conteúdo do programa. Conforme previamente estabelecido nos critérios metodológicos do projeto, consideramos um índice de concordância de 75% ou mais para cada item do formulário

para que o item fosse considerado válido. Após a análise dos dados, constatou-se a necessidade de mais uma rodada do Delphi no grupo 2. Os itens que obtiveram índice e concordância abaixo do número supracitado (75%) foram:

- Resultados exequíveis em médio prazo;
- Resultados exequíveis em longo prazo;
- O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência/intervenção;
- Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais;
- Clareza do texto;
- Vocabulário utilizado;
- Linguagem comum para os profissionais.

No formulário de avaliação do **grupo 2**, o **bloco 1**, sobre os objetivos – refere-se aos propósitos, metas ou afins que se deseja atingir com o conteúdo do programa. Os nove itens deste bloco estão especificados como se segue:

1.1: Potencial de inovação das metas para a assistência de enfermagem para a gestante adolescente;

1.2: Clareza dos objetivos;

1.3: Pertinência dos objetivos

1.4 Pertinência do referencial teórico, descrito nos princípios, para as metas e objetivos do programa

1.5 Premissas básicas capazes de orientar a prática assistencial do enfermeiro na VD

1.6 Resultados exequíveis em curto prazo

1.7 Resultados exequíveis em médio prazo

1.8 Resultados exequíveis em longo prazo

1.9 O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 1**, está representada na tabela 4:

Tabela 4: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 1, primeira rodada, entre o grupo 2, composto por especialistas. São Paulo, 2015.

ESCORES					
Itens / **Respostas**	**Totalmente adequado %**	**Parcialmente adequado %**	**Adequado %**	**Totalmente inadequado %**	**Concordância %**
Item 1.1	42,9	14,3	42,9	-	85,7
Item 1.2	57,1	14,3	28,6	-	85,7
Item 1.3	57,1	14,3	28,6	-	85,7
Item 1.4	-	-	85,7	14,3	85,7
Item 1.5	57,1	14,3	28,6	-	85,7
Item 1.6	14,3	14,3	71,4	-	85,7
Item 1.7	14,3	28,6	57,1	-	71,4
Item 1.8	14,3	28,6	57,1	-	71,4
Item 1.9	-	28,6	71,4	-	71,4

No bloco 1, três itens obtiveram IVC abaixo do esperado, com valor de 0,71: “resultados exequíveis a médio prazo”, resultados exequíveis a longo prazo e “O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção”.

No formulário de avaliação do **grupo 2**, o **bloco 2**, versa sobre os temas e ações propostas no material e isto inclui suas orientações gerais, estrutura, estratégia de apresentação e coerência. Os seis itens deste bloco estão especificados desta forma:

2.1 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente;

2.2 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente;

2.3 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente;

2.4: Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar;

2.5: Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais;

2.6: É importante realizar treinamento dos enfermeiros para atuarem nesse programa.

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 2**, está representada na tabela 5:

Tabela 5: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 2, primeira rodada, entre o grupo 2, composto por especialistas. São Paulo, 2015.

Respostas / Itens	Totalmente adequado %	Parcialmente adequado %	Adequado %	Totalmente inadequado %	Concordância %
Item 2.1	14,3	14,3	71,4	-	85,7
Item 2.2	14,3	14,3	71,4	-	85,7
Item 2.3	28,6	14,3	57,1	-	85,7
Item 2.4	14,3	14,3	71,4	-	85,7
Item 2.5	16,7	33,3	50	-	66,7
Item 2.6	71,4	-	28,6	-	100

No bloco 2, o item “os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais” obteve IVC abaixo do esperado (0,66), e todos os experts concordam que é importante realizar treinamento dos enfermeiros para atuarem nesse programa.

No formulário de avaliação do **grupo 2**, o **bloco 3** continha itens sobre relevância e referia-se à característica que avalia o grau de significação do conteúdo do programa apresentado. Os sete itens deste bloco estão especificados a seguir:

3.1: Abrange temática relevante para a promoção do desenvolvimento infantil;

3.2: Aborda premissas importantes para a prática do enfermeiro;

3.3: Trata-se de uma tecnologia inovadora;

3.4: É uma combinação de saberes e práticas próprias do enfermeiro;

3.5: Tem potencial de escalabilidade;

3.6: Trata-se de uma abordagem que integra saberes interdisciplinares;

3.7: Ressalta a prática clínica do enfermeiro;

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 3**, está representada na tabela 6:

Tabela 6: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 3, primeira rodada, entre o grupo 2, composto por especialistas. São Paulo, 2015.

Respostas / Itens	Totalmente adequado %	Parcialmente adequado %	Adequado %	Totalmente inadequado %	Concordância %
Item 3.1	85,7	-	14,3	-	100
Item 3.3	28,6	14,3	57,1	-	85,7
Item 3.4	28,6	14,3	57,1	-	85,7
Item 3.5	14,3	-	71,4	14,3	85,7
Item 3.6	28,6	14,3	57,1	-	85,7
Item 3.7	28,6	-	71,4	-	100

De acordo com a tabela 6, todos os itens do bloco 3 foram avaliados dentro dos valores de IVC pré-estabelecido, e os itens “abrange temática relevante para a promoção do desenvolvimento infantil” e “ressalta a prática clínica do enfermeiro” receberam 100% de concordância entre os experts.

No formulário de avaliação do **grupo 2**, o **bloco 4** continha itens sobre estilo da escrita e referia-se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do material apresentado. Os seis itens deste bloco estão especificados como se vê adiante:

4.1: A ordenação dos conteúdos e ações;

4.2: Clareza do texto;

4.3: O vocabulário utilizado;

4.4: Extensão do material;

4.5: Complexidade do texto;

4.6: Linguagem comum para os profissionais.

A análise dos índices de concordância, bem como a distribuição das análises de cada item e o percentual de concordância de cada item, para o **Bloco 4**, está representada na tabela 7:

Tabela 7: Análise dos níveis de concordância, por item, Bloco 4, primeira rodada, entre o grupo 2, composto por especialistas. São Paulo, 2015.

Respostas / Itens	Totalmente adequado %	Parcialmente adequado %	Adequado %	Totalmente inadequado %	Concordância %
Item 4.1	28,6	14,3	57,1	-	85,7
Item 4.2	16,7	33,3	50	-	66,7
Item 4.3	14,3	28,6	57,1	-	71,4
Item 4.4	-	14,3	85,7	-	85,7
Item 4.5	14,3	14,3	71,4	-	85,7
Item 4.6	14,3	14,3	57,1	14,3	71,4

Solicitamos aos respondentes que, caso optassem por "totalmente inadequado" e "parcialmente adequado", acrescentassem comentários e⁄ou sugestões. Houveram itens, dentro desse quesito, que não receberam comentários, e outros que, mesmo escolhendo "totalmente adequado" ou "adequado" foram comentados.

De acordo com a tabela 7, acima, três itens não alcançaram o IVC pré – estabelecido: clareza do texto, vocabulário utilizado e linguagem comum para os profissionais.

Os comentários e⁄ou sugestões feitas pelos especialistas, **grupo 2**, para o **Bloco 1**, estão demonstradas no quadro 4, a seguir:

Quadro 4: Comentários e sugestões dos especialistas, grupo 2, Bloco 1, 1ª rodada – Delphi. São Paulo, 2015.

1.1. Potencial de inovação das metas para a assistência de enfermagem para a gestante adolescente	Exp 3: - não está claro qual é a população alvo do trabalho - é chamado de programa para mães adolescentes, mas em um dos indicadores você coloca como < de 17 anos - certamente há diferenças a considerar de acordo com a idade das jovens que serão incluídas no programa - por que definiram esse número de visitas? há alguma referência que justifique? você está propondo um número bem grande de VDs. - como essa proposta de visitas vai se articular com as demais atividades da unidade de saúde? você fala da VD como alternativa à consulta e ao trabalho de grupo; ao mesmo tempo, tem como indicador a frequência às consultas de pré-natal. O que ficaria para a consulta, apenas a avaliação física e fisiológica da gestante? e no caso do bebê, você nem considera a frequência às consultas de seguimento de saúde? - quem serão as enfermeiras treinadas, você tem alguma previsão de efetivar o programa? quem fará o treinamento? pergunto isso

Item	Comentários e/ou sugestões dos experts
	porque sinto que é preciso ter alguma previsão de viabilidade do trabalho para valer a pena fazer a avaliação da proposta. - qual é a metodologia do trabalho a ser feito nos domicílios? não há qualquer indicativo sobre a abordagem pedagógica a ser utilizada pelas enfermeiras Exp 4: Nesta perspectiva trabalhar com o profissional o como fazer é fundamental. Estas aulas incluirão espaços abertos, rodas de conversa entre os enfermeiros, para que possam levar adiante seu trabalho, saindo da perspectiva prescritiva do cuidado como sinônimo de boas práticas?
1.4. Pertinência do referencial teórico, descrito nos princípios, para as metas e objetivos do programa	Exp 4: Talvez incluir mais especificamente " o cuidado com o cuidador profissional" para promoção de um ambiente facilitador ao trabalho de atenção às mães, pais, famílias, crianças, num dado território.
1.5. Premissas básicas capazes de orientar a prática assistencial do enfermeiro na VD	Exp 3: - ainda que as premissas sejam apropriadas, não há informações sobre a metodologia do trabalho a ser feito nos domicílios; não há qualquer indicativo sobre a abordagem pedagógica a ser utilizada pelas enfermeiras; Exp 7: Poderia focar mais em quais competências maternas do ponto de visita psicológico, se objetiva desenvolver.
1.6 Resultados exequíveis em curto prazo	Exp 3: não está claro o que você pensa como curto prazo - há estudos que mostram que os efeitos de programas de intervenção para promoção da saúde levam em torno de 7 anos. Você tem uma linha de base, ou fará comparação com um grupo controle? Não há informações sobre como medirá seus resultados. Como os resultados esperados que foram listados não dependem somente do programa de VD e são bastante ambiciosos, penso que deveriam ser revistos para resultados mais relacionados à efetivação do programa
1.7.Resultados exequíveis em médio prazo	Exp 2: Explicar melhor como serão feitas as avaliações, que escalas são essas, o que e como avaliam
1.8 Resultados exequíveis em longo prazo	Exp 2: Explicar como será feito o acompanhamento ao longo do tempo

Item	Comentários e⁄ou sugestões dos experts
1.9. O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção	Exp 4: o número de visitas, o intervalo entre elas e o real interesse pelo que ali ocorre, como continuidade do cuidado, é o que gerará impacto no presente e no futuro. Exp 6: Não ficou claro o esquema de visitas - periodicidade, registro das visitas, roteiro das visitas (momentos previstos), fluxos das demandas etc. Exp 7: Para um aprofundamento do vínculo emocional, o ideal seria manter visitas semanais.

Os comentários e⁄ou sugestões feitas pelos especialistas, **grupo 2**, para o **Bloco 2**, estão demonstradas no quadro 5, a seguir:

Quadro 5: Comentários e sugestões dos especialistas, grupo 2, Bloco 2, 1ª rodada – Delphi. São Paulo, 2015.

Item	Comentários e⁄ou sugestões dos experts
2.1 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	Exp 3: os temas são adequados, mas não há informações sobre as ações - serão sempre ações educativas?
2.2 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente	Exp 3: os temas estão mais claros, mas as ações não tanto. Por exemplo, como a enfermeira fará para: Garantir que a mãe (família) tenha apoio da rede social adequado (formal e informal) para atender às suas necessidades; ? Exp 4: A metodologia incluirá recursos lúdicos que permitam à adolescente atualizar o bebê que ela foi? E que favorecerá cuidar do seu bebê? e de si?
2.5. Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais	Exp 2: Explicar melhor como são utilizadas as escalas para podermos avaliar se são pertinentes ou não Exp 3: os instrumentos e escalas abordam somente aspectos individuais e a proposta do programa é muito ampla, portanto, deveria articular-se a avaliações mais abrangentes que incluíssem aspectos sociais e programáticos. Exp 6: Não conheço todos o suficiente para avaliar esta questão completamente.

Item	Comentários e⁄ou sugestões dos experts
2.6. É importante realizar treinamento dos enfermeiros para atuarem nesse programa	Exp 6: Sim, pois, mesmo abordando questões que "deveriam" constar em sua rotina, também propõe uma abordagem diferenciada que incluí o brincar, por exemplo. O foco na visita também exige um reposicionamento do Enfermeiro para a possibilidade de atuar fora de um espaço "protegido", aberto às dinâmicas que atravessam o cotidiano das famílias e que precisam ser acolhidos por ele para que se estabeleça a relação dialógica, tão necessária nessa modalidade de intervenção.

Os comentários e⁄ou sugestões feitas pelos especialistas, **grupo 2**, para o **Bloco 3**, estão demonstradas no quadro 6, a seguir:

Quadro 6: Comentários e sugestões dos especialistas, grupo 2, Bloco 2, 1ª rodada – Delphi. São Paulo, 2015.

Item	Comentários e⁄ou sugestões dos experts
3.3. Trata-se de uma tecnologia inovadora	Exp 4: Lembrança para o “como" (ou a metodologia aí utilizada) vinculado às tecnologias relacionais de cuidado para esse sucesso!
3.4 É uma combinação de saberes e práticas próprias do enfermeiro	Exp 3: desde que ele seja formado para isso, pois não podemos considerar que já estão preparados para atuar nessa abrangência proposta pelo programa Exp 6: Penso que desafia o Enfermeiro a rever sua prática, a redirecioná-la para que os resultados da atenção à saúde materna e infantil sejam alcançados, contemplando o sentido mais amplo de saúde. É algo que poderiam estar fazendo, mas que as rotinas por vezes não priorizam.
3.5 Tem potencial de escalabilidade	Exp 3: parece-me que está incompatível com a realidade dos recursos humanos e carga de trabalho dos enfermeiros na atenção básica. Exp 6: Creio que sim, especialmente se estiver previsto o envolvimento de toda equipe e da rede de serviços - o que não ficou claro no descritivo da proposta. Centrar apenas no Enfermeiro uma iniciativa que propõe mudanças nas rotinas de trabalho pode interferir tanto na sustentabilidade do projeto nos territórios implantados, como também na possibilidade de escaloná-lo para outros locais.
3.6 Trata-se de uma abordagem que integra saberes interdisciplinares	Exp 6: O descritivo aponta para isso, apesar de não apresentar o currículo das visitas, metodologia de oferta etc.

Após a análise dos dados, constatou-se que sete itens não atingiram o índice de validade de conteúdo proposto (0,75), os quais foram:

- Resultados exequíveis a médio prazo;
- Resultados exequíveis a longo prazo;
- O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência/intervenção;
- Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais;
- Clareza do texto;
- Vocabulário utilizado;
- Linguagem comum para os profissionais.

O cálculo do IVC global para todos os itens do questionário B, do grupo 2 foi 0,84, o que pode já ser considerado validação de conteúdo destes itens.

5.2 Segunda Rodada: Delphi eletrônica

Um novo formulário de avaliação foi elaborado, no *google docs*, agora contendo somente os sete itens que não atingiram o percentual de concordância esperado (Apêndice L). Além do formulário, reescrevemos a segunda versão do programa (Apêndice N), e fizemos um arquivo (Apêndice M), que continha esclarecimentos e devolutivas a respeito de questões centrais que eles apontaram na primeira rodada.

Então, o **grupo 2**, composto pelos oito especialistas participantes da primeira rodada foram contatados, via *email*, pela pesquisadora, convocando-os para a necessidade de uma nova rodada do Delphi. Foi dado um prazo de quinze dias para a devolução do formulário preenchido. Após o prazo estabelecido, nenhum especialista havia retornado a convocação, então um novo *email* foi enviado reforçando a importância da participação nesta segunda rodada e pedindo a colaboração dos mesmos.

No prazo de um mês após o primeiro *email* de convocação inicial, só tivemos o retorno de dois especialistas. Dada a necessidade de se respeitar a autonomia dos sujeitos da pesquisa e os prazos da pós-graduação optou-se nessa pesquisa por considerar como validados isoladamente os itens que obtiveram até 75% de concordância, na primeira rodada e, os itens que não alcançaram esse índice de consenso foram levados em consideração na reelaboração da escrita da versão 2 do programa “jovens mães cuidadoras”.

Vale salientar ainda, que, isoladamente os sete itens citados anteriormente não atingiram o IVC pré-estabelecido, mas o IVC global do instrumento avaliado pelo grupo 2 foi 0,84, o que

já consideramos, portanto, como realizada a validade de conteúdo e de aparência do instrumento analisado.

6 DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

O programa "Jovens Mães Cuidadoras" foi submetido a uma rodada com especialistas e profissionais de Enfermagem. Utilizou-se essa estratégia pois era importante conhecer as impressões de quem vai operacionalizar o programa de visitas (**grupo 1** – profissionais de Enfermagem) e dos experts nas teorias/práticas que subsidiam a assistência a díade mãe-criança (**grupo 2** – experts).

Na primeira rodada, os itens do **grupo 1**, obtiveram o IVC estabelecido como critério desse estudo (0,75), ou seja, 75% de concordância entre os respondentes. O IVC global alcançou 0,94, ou seja, considerado validado pelo **grupo 1**. Em relação ao **grupo 2**, composto pelos experts, nem todos os itens alcançaram este percentual de concordância, o que levou a necessidade de realização de uma segunda rodada de consenso. No entanto, através do cálculo do IVC global, o índice alcançou valor de 0,84, embora isoladamente alguns itens tenham ficado abaixo da concordância previamente estabelecida para este estudo, portanto, também podemos considerar o material validado por estes juízes.

Na avaliação pelo **grupo 2** os itens 1.7 (resultados exequíveis em médio prazo), 1.8 (resultados exequíveis em longo prazo), 1.9 (esquema de visitas), 2.5 (instrumentos e escalas propostos), 4.2 (clareza do texto), 4.3 (vocabulário utilizado) e 4.6 (linguagem comum para profissionais) tiveram avaliação abaixo de 0,75, isso significa um índice de concordância abaixo do proposto. Isto nos sinalizou a necessidade de alterações ou eliminação desses itens para a versão 2 das diretrizes do Programa Jovens mães Cuidadoras, que foram acatadas sem causar vieses na validação. É importante frisar que algumas das respostas com índice igual ou acima do critério anunciado também apontaram necessidades de ajustes para melhor apresentação do conteúdo do material, conforme opiniões dos juízes.

6.1 Validação de Conteúdo

Os resultados mostraram o quanto os juízes de ambos os grupos (grupos 1 e 2) validaram o conteúdo do programa "jovens mães". Os itens que compõem a validação de conteúdo são:

- Potencial de inovação da tecnologia;
- Clareza dos objetivos;
- Pertinência dos objetivos;
- Pertinência do referencial teórico;
- Adequação das premissas básicas para a prática do enfermeiro;
- Exequibilidade dos resultados em curto, médio e longo prazo;
- Pertinência do esquema de visitas proposto;

- Pertinência de temas e ações elencados no cuidado a gestante, no puerpério, e à criança;
- Pertinência dos temas e ações para a prática da visita domiciliar;
- Pertinência dos instrumentos e escalas propostos;
- Necessidade de treinamento dos enfermeiros visitadores;
- Relevância da temática para a promoção do desenvolvimento infantil;
- Importância da temática para a prática do enfermeiro;
- Inovação e importância dos saberes e práticas para o âmbito clinico do trabalho do enfermeiro;
- Potencial de escalabilidade;
- Abordagem interdisciplinar.

Potencial de inovação da tecnologia

Com relação ao potencial de inovação tecnológica, O programa "Jovens Mães Cuidadoras" foi concebido como uma tecnologia inovadora pelo fato de tomar como objeto de sua intervenção a díade mãe-bebê, e ter como finalidade aumentar o vínculo e da interação entre mãe e bebê.

O programa "jovens mães" se baseia em experiências internacionais como o *Family Nursing Partnership* – FNP[129-132] e o *Minding the Baby* – MTB[133,134], programas estes que apostam nas recentes descobertas da neurociência e da epigenética sobre a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento físico mental e social de uma pessoa. Essas descobertas apontam que crianças que são cuidadas por adultos responsivos e carinhosos são mais aptas a se transformarem em adultos socialmente competentes e cognitivamente mais capazes[135-137].

Esses programas apostam ainda no enfermeiro como o profissional chave para conduzir essa intervenção. O foco desses programas é a construção da parentalidade como algo que vai além de questões relacionadas à saúde da criança (crescimento e desenvolvimento) e à saúde da mulher (gestação, puerpério, amamentação, planejamento familiar)[129-132].

O item que pergunta sobre **a inovação tecnológica do programa "jovens mães"** recebeu percentual de concordância de 100% entre o grupo 1, e 85,7% no grupo 2, o que mostra que os sujeitos da pesquisa reconhecem que o programa é inovador. Contudo o comentário dos experts listados abaixo aponta que em termos do conteúdo, a adequação das premissas básicas para a prática do enfermeiro, precisa ser mais bem explicitada e pertinência (em termos da exequibilidade) do esquema de visitas proposto também precisa ser esclarecido.

"*Nesta perspectiva trabalhar com o profissional* ***o como*** *fazer, é fundamental*"

(exp.4)

"*Como essa proposta de visitas vai se articular com as demais atividades da unidade de saúde*?"

(Exp.3)

"*Qual é a metodologia do trabalho a ser feito nos domicílios? Não há qualquer indicativo sobre a abordagem pedagógica a ser utilizada pelas enfermeiras*"

(Exp.3)

Clareza dos objetivos

Os comentários realizados pelos juízes apontam para a necessidade de se deixar mais "claro" na apresentação do programa "jovens mães" que ele trata de uma intervenção, que atua com profissionais enfermeiros com qualificação especifica (na área de saúde da mulher, da criança ou saúde mental) e que precisam receber um treinamento complementar para atuar segundo as bases do programa "jovens mães". A abordagem do programa se faz na perspectiva do *empowerment*[36,37]e não da "tradicional educação em saúde"[138].

Pertinência dos objetivos

O público alvo do Programa "Jovens Mães Cuidadoras" são gestantes adolescentes primíparas (de catorze a dezenove anos) e seus bebês (desde 16 semanas de gestação até 2 anos de idade), o objetivo é que eles (mãe e bebe) sejam acompanhados de forma longitudinal durante o período que compreende a gravidez e os primeiros 1000 dias da criança.

A escolha dessa população ter por base o conhecimento de que a gravidez na adolescência é um período de vulnerabilidade e alto risco para a mãe e para a criança, por diversos motivos, já apontados anteriormente: dimensão biológica (baixo peso ao nascer, prematuridade alta, imaturidade anátomo-fisiológica), dimensão sócio – econômica (abandono da escola e do emprego) e dimensão parental (dificuldades de desenvolver a parentalidade)[5-7].

Ainda no tocante a esta problemática, Patias et al[139], apontam que concepções tradicionais de gênero contribuem para tornar as adolescentes, principalmente de classes pobres, mais vulneráveis à ocorrência da gestação durante esse período de vida.

A proposta é que o programa "jovens mães" se insira na rede de Atenção Básica, e na ESF, da mesma maneira como os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) os fazem.

Seria um programa que até pode ficar sediado em alguma unidade de saúde da família, mas tem que ter uma equipe própria, uma equipe contratada só para isso e que atenderia de vinte a vinte e cinco adolescentes, encaminhadas pela equipe de saúde da família por se encaixarem no perfil de população alvo do programa. No entanto, em referência ao programa *Minding the Baby*, Sadler et al[140], alerta que intervenções bem-sucedidas devem ser incorporadas em um

sistema de cuidados de saúde da comunidade. Programas que não são adequadamente ligados à gama de serviços oferecidos pelos prestadores de saúde locais e outras agências da comunidade correm o risco de se tornar tão isolados e marginalizados como as populações que servem.

A solução para as deficiências do SUS em responder às condições crônicas passa pela superação do sistema fragmentado vigente por meio da implantação das redes de atenção à saúde, com modelos de atenção que se diferenciam, profundamente, em relação às condições agudas e às crônicas. Considerando a gravidez como uma condição crônica e o Modelo da Pirâmide de Risco – MPR proposto por Mendes[141] no MACC (Modelo de Atenção às Condições Crônicas), as adolescentes grávidas de baixo risco que serão atendidas pelo programa estariam classificadas no estrato 1 da pirâmide, ou seja, neste nível está uma subpopulação com uma condição crônica simples e bem controlada e que apresenta um baixo perfil de risco geral. Essas pessoas têm uma capacidade para se autocuidarem e constituem a grande maioria da população total portadora da condição crônica (70 a 80% das pessoas com condições simples). Então, estas gestantes receberão um autocuidado apoiado, e o enfermeiro visitador fará o papel de gestor da condição de saúde da adolescente e da criança.

No Brasil, a literatura sobre programas e/ou iniciativas de programas ou projetos voltados para a primeira infância ainda é escassa. Na maioria das vezes as informações sobre programas que realizam ações voltadas para a díade mãe-criança encontram-se circunscritas a endereços eletrônicos de municípios, estados e organizações não-governamentais (ONG) especializadas em primeira infância[18].

Neste contexto, ainda que o programa Jovens Mães Cuidadoras tenha se inspirado em programas de cunho internacional, como o FNP e o MTB, destacamos a importância de se criar um programa de intervenção para a primeira infância próprio, que levasse em consideração características específicas do país (como grandes desigualdades econômicas, taxas de mortalidade infantil , desnutrição, grande número de crianças vivendo em um contexto de vulnerabilidade econômica e social) , das políticas de saúde, do sistema de saúde , das tecnologias e recursos humanos disponíveis, além é claro da cultura.

Importar um “modelo” pronto de assistência , como o MTB e o FNP , pode parecer “mais fácil” num primeiro momento, contudo diversos autores já têm chamado a atenção para a incorporação indiscriminada de tecnologias em saúde, que pode resultar em: subutilização e inoperância dos aparelhos disponíveis; problemas na infraestrutura necessária; carência de capacitação e competência técnica e científica dos profissionais para a operação e manutenção das tecnologias; uso indevido; e gerência e monitoramento deficientes[142,143].

No Brasil, a grande maioria dos programas com enfoque na primeira infância se apoiam no trabalho de leigos ou de agentes comunitários[144-148]. Estudos apontam que os programas de intervenção na primeira infância, que tenham por base a intervenção no domicílio (ou seja através de visitas domiciliares) e que utilizem profissionais de saúde de nível superior (mais especificamente enfermeiros) apresentam resultados mais robustos em termos do desenvolvimento infantil e da construção de competências familiares[131,132,149].

Assim, construir e colocar em prática, no Brasil, um programa que se apoie no trabalho de um profissional de nível superior pode contribuir para intervenções mais satisfatórias. A intervenção que o programa "jovens mães" propõe é especializada, exigindo conhecimentos específicos sobre parentalidade positiva, vínculo mãe-bebê, curso de vida, desenvolvimento infantil, família e rede social. Na perspectiva do programa um profissional que não seja de nível superior seria incapaz de alcançar os objetivos do programa e manejar os saberes e práticas envolvidos nessa intervenção.

Adequação das premissas básicas para a prática do enfermeiro

A assistência dentro do programa Jovens Mães Cuidadoras tem como foco relação mãe-criança, e se propõe a ajudar na construção de um vínculo positivo mãe – criança. Outro ponto de destaque na assistência que o programa oferece é a construção da autoeficácia da adolescente para se cuidar e cuidar do bebê.

A enfermeira visitadora além de oferecer cuidados no âmbito clinico, estimula a adolescente a utilizar os serviços de saúde (para a adequada assistência pré-natal, para a consulta da criança após o nascimento), utilizar o serviço social (para conseguir benefícios sociais aos quais porventura ela tenha direito), utilizar o sistema educacional (para conseguir estudar e se qualificar), ou seja ajuda a adolescente a identificar e utilizar de maneira adequada toda rede de suporte social disponível, a fim de ajudar a mesma a encontrar melhor qualidade de vida para si e para o seu filho.

A intervenção da enfermeira visitadora no programa jovens mães será pautada sempre no estímulo à parentalidade. Chiesa et al[150] pontuam justamente a importância de uma mudança na prática de profissionais de saúde, no tocante à superação de uma visão naturalizada desta questão, como se os pais, sobretudo a mãe, possuíssem competências "naturais" para exercer a parentalidade. Entendê-la como reações instintivas dos pais pode levar à negligência na construção de vínculos entre pais e filhos e na adoção de cuidados diferenciados para com a criança.

Pertinência do referencial teórico descrito nos princípios para as metas do programa

A construção de vínculos entre profissional e famílias, a comunicação e o olhar ampliado sobre o desenvolvimento da criança já vem sendo mostrado como importantes fatores que contribuem para intervenções eficazes para o desenvolvimento da parentalidade[151-153].

Os resultados do estudo de Murta et al[154], indicam que os programas para a parentalidade devem focar na relação cuidadores-bebê, na relação conjugal e no manejo da rede de apoio. Especificamente, estes programas devem ensinar aos novos pais estratégias variadas para: lidar com os sentimentos ambivalentes resultantes do nascimento do bebê, interpretar e atender ao choro do bebê e suas diversas necessidades, favorecer a participação do pai nos cuidados com o bebê, encorajar a percepção das capacidades sensoriais do bebê, lidar com mudanças nos papéis e na sexualidade do casal, fortalecer a rede de apoio social e proteger-se da intrusão dessa rede.

Exequibilidade dos resultados em curto, médio e longo prazo

Nos tópicos que se referiam aos resultados esperados do programa (médio e longo prazo), os juízes concordam mais comentam que é muito ambicioso se comprometer com resultados em longo prazo, principalmente pela dificuldade que teremos em "medi-los". Concordamos com a posição dos juízes, e por isso optamos por excluir os resultados em médio e longo prazo da versão 2 das diretrizes do programa.

Pertinência do esquema de visitas proposto

No item 1.9 "O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência/intervenção", nesse ponto os juízes concordam e fazem comentários diversos, sugerindo visitas semanais ou mensais com base na "experiência" que possuem. Alguns especialistas acharam que era um número grande de visitas, outro sugere que sejam sempre semanais. Optamos por manter o esquema previsto por basear-se em experiências bem sucedidas[132,155,156,] pois embora os juízes apontem que possuem experiências quanto a quantidade de visitas na literatura não encontramos essas evidências.

Outro comentário interessante feito por um respondente do **grupo 1** para esse item refere-se ao fato de os profissionais/sujeitos dessa pesquisa reconhecerem que não possuem disponibilidade de tempo para realizar o "quantitativo" de visitas domiciliares sugeridas nesse programa, o que fala a favor de construirmos uma equipe própria de enfermeiros para atuar no programa "jovens mães", que atue articulada aos enfermeiros da Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF) mas que não sejam eles os responsáveis.

O enfermeiro da ESF, segundo a Portaria 2488/2011, que regulamente a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)[157], tem diversas atribuições específicas, dentre as quais

coordenação, supervisão e educação permanente dos elementos da equipe de enfermagem, prover atenção à saúde dos indivíduos e das famílias cadastradas nas equipes, e, quando indicado, ou for necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários, em todos os ciclos de vida, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar usuários a outros serviços, realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe, contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe, além de participar do gerenciamento dos insumos necessários ao adequado funcionamento da UBS.

Logo, devido a estas muitas atribuições para o enfermeiro na AB, o enfermeiro visitador do Programa Jovens Mães deve ser um profissional "exclusivo" do programa, ou seja, se dedicar inteiramente àquelas visitas e àquelas famílias.

Pertinência de temas e ações elencados no cuidado a gestante, no puerpério, e à criança

Nos itens 2.1, 2.2 e 2.3, referentes aos temas e as ações elencados que oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente, ao puerpério desta gestante, e à saúde da criança ", os profissionais pontuaram concordância estatística dentro do esperado.

O profissional 1, embora concorde com o que o Programa Jovens Mães apresenta, chama a atenção para "*intercorrências com por exemplo crianças (RN) hospitalizados, mães institucionalizadas no decorrer do programa, lidar com violência etc. o que exigirá que o profissional empodere-se de outros recursos*". Cabe lembrar que se as intercorrências citadas de fato fogem do escopo do programa jovens mães, enquanto as "mães e filhos" estiverem sob a influência dessas intercorrências os enfermeiros do programa ficaram a disposição para ajudar quando solicitados.

É importante ressaltar que embora o escopo do programa jovens mães seja amplo, seu foco é a promoção da saúde, é o fortalecimento da potência, do patrimônio, mas no caso de rupturas importantes no que se considera "saudável", reconhecemos que não cabe ao enfermeiro visitador atuar. Por vezes caberá ao enfermeiro visitador acionar os locais da rede social para atenderem as "intercorrências" que surgirem.

Ainda neste bloco, o expert 3 questiona como faremos para *"garantir que a mãe (família) tenha apoio da rede social adequado (formal e informal) para atender às suas necessidades? "*. O enfermeiro visitador não tem como garantir, mas no protocolo do programa está previsto o uso de instrumentais, como genograma e ecomapa, os quais nos darão pistas de como a rede de suporte social da mãe e da família se apresenta.

O genograma e o ecomapa são instrumentos já bem utilizados por enfermeiros na Atenção Básica, e são considerados ferramentas importantes para o entendimento da estrutura familiar e dos processos saúde-doença no contexto psicossocial[158-160].

Pertinência dos temas e ações para a prática da visita domiciliar

No âmbito da pertinência dos temas e ações para a prática da visita domiciliar, os comentários dos juízes apontam que eles não compreenderam exatamente o que deve ser realizado, cabe então esclarecer que o programa Jovens Mães prevê, enquanto metodologia de trabalho, dois protocolos com o passo a passo de cada visita domiciliar, para direcionar a visita das enfermeiras, e um manual de capacitação (Apêndice O).

Os protocolos estão divididos em períodos diferentes: gravidez, puerpério e período que compreende 2 meses a 2 anos de idade da criança. Cada visita engloba queixas, hábitos e rotina, exame físico e os itens relativos às cinco premissas do programa (cuidados com a saúde, saúde ambiental, curso de vida, *parenting*, família, rede social) além do registro das impressões pessoais da visitadora; dos problemas identificados, potências, receptividade, competências já instauradas e plano para a próxima visita (onde deve constar propostas para fortalecimento e propostas para superar os problemas.)

Já no manual de visitas (Apêndice O), entregue às enfermeiras visitadoras durante o período de capacitação, sugerem-se os instrumentos a serem utilizados, a frequência com que eles devem ser utilizados, e a abordagem da adolescente, criança e da rede social da família. Este manual irá ajudar a visitadora a promover as competências da mãe para o cuidado a criança, e a metodologia de trabalho para a promoção dessas competências é pedagógica, com forte base na emancipação e no *empowerment*.

O profissional 4 analisa como “adequado” o tópico “os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na visita domiciliar”, no entanto, analisou como “parcialmente adequado” o item “a descrição do que fazer em cada visita domiciliar está clara”, e cabe ressaltar que aos resultados aqui apresentados referem-se a profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica, e que quando analisaram o programa tiveram por referência “o que eles fazem no dia do trabalho”, assim o “formato” do passo a passo das visitas do programa “jovens mães” é bem diferente do formato de visitas que eles realizam.

Essa interação das áreas (saúde da família e saúde mental) faz-se essencial para que o enfermeiro do programa de visitas consiga executar sua intervenção de maneira eficaz. Sabe-se que a abordagem clínica por ciclos de vida são os saberes e práticas mais vinculados a atuação dos enfermeiros que atuam na AB[161-168], neste sentido o programa de visitas aqui proposto, cujo foco é fortalecer a competência materna para o cuidado da criança através do estabelecimento

de vínculos positivos entre mãe-criança, exige que se utilize referencias teórico e práticas que vão além da clínica e dos ciclos de vida.

A respeito da metodologia de trabalho a ser realizada pelas enfermeiras com as adolescentes, o expert 3 questiona: "*os temas são adequados, mas não há informações sobre as ações - serão sempre ações educativas*? ".

As abordagens, descritas nos protocolos, sugerem que o enfermeiro visitador leve consigo um rol de abordagens que possa ser utilizada com a mãe, como por exemplo, a entrevista de ajuda (motivacional), use recursos cognitivos e lúdicos (vídeos, aplicativos, e serviços de mensagem instantânea).

Ainda sobre a metodologia de trabalho do programa, o expert 4 questiona sobre o uso de recursos lúdicos. Cabe esclarecer que o protocolo prevê a utilização de aplicativos já existem e que as enfermeiras considerarem aplicáveis para o caso daquela gestante. O aplicativo "*baby center*"[169] tem sido indicado por trazer informações bastante adequadas sobre o desenvolvimento do feto da gestação parto e primeiros anos de vida.

Aplicativos específicos serão usados para que a gestante acompanhe mês a mês, o crescimento do seu bebê, como o *pregnancy*[170], e outro aplicativo voltado para a família, gravidez, casamento, como o *village life*[171], considerando que o adolescente utiliza muito o celular e tem acesso à *internet*, na maioria dos casos. Vale salientar que estes recursos previstos podem esbarrar em aspectos econômicos, como falta de acesso à *internet* em casa, ou *internet* lenta ou de má qualidade.

Em uma publicação da Unicef sobre o uso da *internet* pelos adolescentes no Brasil, no geral, 69% dos entrevistados declaram acessar a *internet* de casa (sua ou de outra pessoa), e quanto à finalidade do uso, buscar informações se constitui como um dos principais usos da *internet*. Os pesquisadores procuraram identificar quais as principais informações que atraem os adolescentes e perceberam que a maioria (80%) diz procurar informações para fazer os trabalhos escolares. O segundo tema mais pesquisado pelos adolescentes é o entretenimento (70%), seguido de serviços de tradução (47%) e produtos e serviços (40%)[172].

Pertinência dos instrumentos

No item 2.5 "Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros", embora os juízes concordem que esses instrumentos são "fáceis" de aplicar pelo enfermeiro, os comentários que fazem apontam para o fato de os enfermeiros atualmente "utilizarem pouco" na sua pratica esses instrumentos A escala de Edimburgo é amplamente utilizada em diversas pesquisas[173-175] e faz parte dos recursos de avaliação que os enfermeiros do programa utilizarão ao longo do trabalho com as mães.

A outra escala que será utilizada será a Escala de Auto Eficácia Geral e Percebida. Para Ribeiro[176], a autoeficácia refere-se ao juízo que os indivíduos fazem acerca de si mesmos, de quanto são capazes de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, que podem conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de grande estresse. O fato dos instrumentos que o Programa Jovens mães utiliza serem não constatarem da prática cotidiana dos enfermeiros ajuda a justificar a necessidade de treinamento para os enfermeiros que atuarem no programa jovens mães.

Os comentários sobre este tópico, apresentados no Quadro 3, como "*só conheço a de Edimburgo*" e "*Algumas escalas exigem conhecimento prévio para aplicação e treinamento para a leitura dos resultados*" reforçam a importância da capacitação dos enfermeiros que vão atuar no programa de visitas "jovens mães" uma vez que os instrumentos e escalas utilizados parecem ser desconhecidos ou pouco utilizados na pratica desses profissionais na ESF e de fato se analisarmos os manuais do Ministério da Saúde[161-168] essas escalas não estão presentes.

Necessidade de treinamento dos enfermeiros visitadores do Programa

Um ponto que foi objeto de comentários dos juízes refere-se ao treinamento para atuar no programa jovens mães. Cabe destacar que para atuar no programa é imprescindível que os enfermeiros sejam graduados em Enfermagem e preferencialmente possuam especialização ou mestrado nas áreas de saúde da mulher (ou obstetrícia); saúde da criança (pediatria) ou saúde mental (psiquiatria).

Além disso, os enfermeiros precisam passar por um programa especifico de capacitação. A proposta é que este seja um programa com carga horária de 60 horas para "aprender" a manejar os instrumentos e as abordagens do programa de visitação, bem como fazer uma atualização sobre os protocolos de cuidado a criança e ao pré-natal e puerpério. Este treinamento é complementado com supervisões semanais, com um enfermeiro e um psicólogo, que irão ajudá-las a entender, intervir e montar um projeto terapêutico para os casos que elas acompanham.

De fato, a enfermeira visitadora que for contratada para atuar no programa jovem mãe precisará ser capacitada, pois ela vai atuar com base em teorias que são próprias da Saúde mental e da Psicologia, e, portanto, mais do que uma abordagem educativa, ela vai ter uma abordagem de ajuda terapêutica.

Sabe-se que a relação de ajuda terapêutica vem sendo preconizada na assistência de enfermagem, com mais ênfase na área de Enfermagem Psiquiátrica, tanto no ensino como na assistência, propiciando o desenvolvimento não só do paciente como do profissional enfermeiro[177,178]. Para Travelbee[179] a relação de ajuda terapêutica é *"o resultado de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos, o enfermeiro e o paciente. São momentos*

únicos, vividos pelos participantes, em decorrência dos quais, ambos desenvolvem a capacidade crescente de estabelecer relações interpessoais, modificando seu modo de ser, sendo que o enfermeiro assume a responsabilidade pelo processo de ajuda". Assim, por meio da relação terapêutica entre enfermeiros visitadores e a adolescente pretende-se construir uma relação de confiança e vínculo, muitas vezes, serve como um momento único para refazer novos elos, novos encontros e interações que fortaleçam e estabeleçam a autoconfiança, autonomia e relações seguras a essas adolescentes.

A supervisão tem papel central no programa de visitas Jovens Mães Cuidadoras. O objetivo da supervisão é de realizar a salvaguarda para os enfermeiros e está integrada no papel do supervisor do programa de visitas. A supervisão dos enfermeiros visitadores é recomendada também em programas semelhantes[180-182], levando em consideração que o desenvolvimento e integração da prática reflexiva é considerado como um conceito fundamental na prática da enfermeira que trabalha na Saúde Pública.

O supervisor precisa ser um enfermeiro experiente, que entenda do programa de visitação e ofereça supervisão clínica para o enfermeiro, em, pelo menos, uma vez por mês. No programa Jovens Mães, esta supervisão é realizada pelo enfermeiro e por um psicólogo. Enquanto o enfermeiro "cuida" da supervisão mais relacionada com a "clínica" da assistência, o psicólogo "cuida" das questões mais vinculadas ao vínculo e ao "*parenting*", além de colaborar com o suporte psicológico dos enfermeiros. Os comentários dos juízes consideram que o treinamento é importante embora não optaram sobre esse tipo especifico de treinamento porque esta informação não estava no material enviado para análise.

No Programa *Minding the Baby*[140], o esquema de supervisão é um pouco diferente. Cada visitador (seja enfermeiro ou assistente social) tem a oportunidade de ter uma supervisão específica, durante uma hora, semanal ou quinzenalmente; uma hora de supervisão interdisciplinar com um visitador e seu supervisor, por semana e uma hora de supervisão em grupo com todos os visitadores e supervisores uma vez por semana. Já no FNP[183], a supervisão é realizada somente por enfermeiro, e este realiza também visitas domiciliares a cada 4 meses, junto a cada enfermeiro visitador.

Ainda referente ao tópico treinamento dos enfermeiros, o expert 6 concorda que existe a necessidade do treinamento, pois, "*mesmo abordando questões que "deveriam" constar em sua rotina, também propõe uma abordagem diferenciada que incluí o brincar, por exemplo*". O brincar também está presente em outros programas voltados para o desenvolvimento infantil[184], já é bem estabelecido como fator importante para a promoção da saúde da criança[185-187] e é bastante reconhecido como fator de promoção do vínculo mãe- bebê[188-190].

Com relação a outro tópico relativo a validação de conteúdo do programa jovens mães, quando o expert 4 pontua: "*o cuidado com o cuidador profissional" para promoção de um ambiente facilitador ao trabalho de atenção às mães, pais, famílias, crianças, num dado território*", a supervisão, é um momento para apoiar os enfermeiros visitadores e ajudá-los a superar as dificuldades advindas de um trabalho tão fortemente baseado em vínculos e interações.

As premissas oferecem diretrizes claras à ação durante a assistência/intervenção

Este item também obteve concordância de 100%, e vale salientar que essas premissas devem servir de diretrizes para a abordagem das mães, pais, famílias e devem estar presentes em cada visita domiciliar realizada pelo enfermeiro (a), em graus variados conforme a necessidade assistencial (Apêndice O).

Cuidados com a saúde, saúde ambiental, desenvolvimento do seu curso de vida, desenvolvimento da parentalidade, os amigos e a família e a saúde e serviço social dão suporte também a outros programas de visitação[133,191-193], e tem o objetivo de fazer com que o enfermeiro e as famílias discutam e trabalhem estas questões durante a gravidez e após o nascimento do bebê.

Inovação e importância dos saberes e práticas para o âmbito clinico do trabalho do enfermeiro

No item 1.5: "É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro? ", um profissional pontuou que "*para a prática clínica é necessário um trabalho interdisciplinar com profissionais que possam apoiá-la em relação a aspectos sociais e de outras áreas de conhecimento, por exemplo, nutricionistas, psicólogas, entre outros*". Na perspectiva do programa jovens mães, o espaço da supervisão semanal dos visitadores é um momento onde esse "apoio" multiprofissional deverá ocorrer. É interessante observar que na perspectiva desse juiz, a prática que se propõe ser realizada pelo enfermeiro parece não ser possível.

Segundo Schraiber et al[194], toda inovação tecnológica tem por base um pensamento crítico acerca das práticas de saúde, desta forma, a reflexão sobre a integralidade dos cuidados ou dos próprios sentidos do cuidar em saúde pertence à esfera da filosofia ou das ciências humanas e sociais. Na atenção primária em saúde, a necessidade de inovação está em sua inserção em uma dada forma de organização social da produção dos serviços e de sua distribuição, o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, modelo tecnológico cujo um dos princípios é a integralidade[195].

Relembrando o que pontua Trindade[196], o modelo assistencial na Atenção Básica constitui-se uma inovação tecnológica do tipo não material que propõe uma reorganização do trabalho,

das práticas assistenciais e de entendimento sobre o objeto de trabalho em saúde, o qual se desloca do corpo doente para o ser humano em sua integralidade e complexidade, inserido em um contexto familiar, cultural e social.

Para trabalhar neste modelo, então, o enfermeiro visitador precisará de novas competências e habilidades, que ultrapassem uma mudança do modelo assistencial hegemônico fundamentado na biomedicina e que tem forte influência nos serviços de saúde e na formação dos profissionais de saúde. Ademais, o enfermeiro visitador, precisará entender como funciona a distribuição de serviços dentro do SUS e, desta forma, dar continuidade aos cuidados oferecidos dentro do Programa Jovens Mães Cuidadoras. O enfermeiro visitador deverá executar algumas vezes ações que possuem intersecções com as ações do nutricionista, do psicólogo, do assistente social, entre outros.

6.2 Validação de aparência

Os itens relacionados à validade de aparência (ordenação de conteúdo, clareza e complexidade do texto, vocabulário e extensão do material) obtiveram percentual de concordância acima do esperado no **grupo 1.**

Os itens do **grupo 2** relacionados à validade de aparência além destes acima incluía a "linguagem comum para os profissionais", e três destes (clareza do texto, vocabulário utilizado e linguagem comum para profissionais) receberam avaliação abaixo do esperado (66,7%, 71,4% e 71,4%, respectivamente).

Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Dodt e Oriá[197], na qual os itens clareza e compreensão, relacionados à validade de aparência alcançaram percentual de concordância acima de 50%, com média de 77,1%, então as considerações dos juízes foram acatadas para estes itens, e então o material proposto pelas autoras foi considerado válido e apto a ser utilizado nos diversos campos de atuação da enfermagem.

O estudo de Amendola et al[198], no qual os pesquisadores realizaram a validade aparente de um índice de vulnerabilidade das famílias a incapacidade e dependência, foi adotado nível de concordância de 80% entre os juízes, e o instrumento dos autores sofreu modificação tanto em sua estrutura quanto na forma e conteúdo, semelhante à nossa pesquisa.

As respostas das rodadas de validação trouxeram para o instrumento contribuições para a validade de conteúdo e de aparência. Com relação aos conceitos e características que foram utilizados na versão 1, através da avaliação dos juízes, identificou-se a necessidade de descrever mais detalhadamente os conceitos que compõem melhor o programa, os conceitos que estavam por trás dos resultados a longo prazo (como vai medir, que escalas são essas), conceitos ou

características dos instrumentos e da própria assistência (por exemplo, o porquê do grande número de visitas).

A validade de conteúdo possibilita perceber se realmente o programa da forma como está construído representa todo o conteúdo a que realmente se propõe. Dando continuidade a validade de conteúdo, foi sugerido que nas metas e nos objetivos descritos pudéssemos reescrever sobre o que se entendia como melhorar e aprimorar.

Neste sentido, na tentativa de adequar a avaliação de conteúdo e as conceituações sugeridas, propomos a versão 2 do programa. Frente as considerações feitas pelos juízes, as alterações propostas foram: uma apresentação mais estruturada, uma introdução de uma visão mais geral do programa Jovens Mães Cuidadoras, descrevendo aonde ele se insere no sistema de saúde, quem são esses profissionais, quem é a população para a qual ele se destina, ficando estruturado da seguinte maneira:

PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS – VERSÃO 2

Recuperação Histórica

Devido às experiências acumuladas em países como Estados Unidos e Inglaterra, com os programas com foco no desenvolvimento social e comunitário, como o *Family Nursing Partnership* e o *Minding the Baby*, um grupo de pesquisadores brasileiros, sensíveis a causa da primeira infância e cientes da dificuldade de se implantar programas internacionais na realidade brasileira, optaram por elaborar um programa de intervenção fortemente apoiado baseado, na estrutura, processo e resultados dos programas citados acima. A construção desse programa visa também atender uma lacuna na assistência à saúde materno-infantil na perspectiva da promoção da saúde física e mental, apostando no fortalecimento da díade mãe-criança.

Overview do Programa

O Programa Jovens Mães Cuidadoras pretende aprimorar a assistência oferecida a díade mãe-criança na Atenção Básica. O cuidado oferecido a díade mãe-criança se inicia desde a descoberta da gravidez até os dois anos de idade da criança. Nossa aposta é trabalhar com a primeira infância, essa fase na qual a criança está em casa, de fato a cobertura da creche no país é muita pequena, então nossa aposta é investir nessa fase. Entendemos que o cuidado e o vínculo da mãe com a criança têm que começar no pré-natal, pois se a gestante cuida de si mesma, ela também estará cuidando da criança. O foco do programa são as adolescentes primíparas, na faixa etária de catorze a dezenove anos.

A aposta tecnológica do programa jovens mães é pela visita domiciliar, compreendendo que a abordagem no domicilio propicia uma intervenção **na** e **para** a realidade da adolescente. O cuidado longitudinal, com frequência definida e durante um tempo estabelecido propicia o

estabelecimento de um vínculo terapêutico maior entre o profissional e a adolescente, além de propiciar uma melhor compreensão (por parte do profissional) da realidade vivida pelos usuários.

O programa buscará articular as ofertas de serviços já existentes na comunidade (posto de saúde, escola, creche, centro de referência de assistência social, entre outros) onde essas adolescentes moram, inclusive no intuito de estimulá-la a não faltar as consultas nos serviços de educação e assistência social. Para ser executado, precisará de uma equipe própria formada por:

1 enfermeira visitadora

1 enfermeira supervisora

1 psicóloga

A proposta é que uma enfermeira possa assistir de quinze a vinte famílias. A equipe do programa jovem mãe poderá ficar sediada em uma UBS ou no CRAS ou na escola, dependendo da escolha do contratante

As metas desse programa de visita domiciliar são:

- Aprimorar os resultados da assistência pré-natal e puerperal;
- Melhorar a saúde e o desenvolvimento social e cognitivo da criança;
- Estimular a autossuficiência da família.

Em relação aos objetivos do programa:

- Melhorar os resultados da gravidez ajudando mulheres a aprimorar a saúde pré-natal;
- Melhorar a saúde da criança e o desenvolvimento social e cognitivo preparando as mães (pais e familiares) para melhorar o vínculo com a criança e oferecer cuidado sensível e competente e;
- Melhorar o curso de vida da mãe (e pais) ajudando-a a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.

Resultados esperados para esse programa:

1-Resultados esperados:

- Em relação às mulheres grávidas:
    - Aumento do número das mulheres grávidas apresentando comportamentos de saúde adequados (frequência regular as consultas de pré-natal; higiene pessoal adequada; realização dos exames pré-natal; estado nutricional adequado)
    - Diminuição do tabagismo durante a gravidez
    - Diminuição na hipertensão induzida pela gravidez

- Aumento na utilização de recursos da comunidade para suporte das mulheres grávidas

- Em relação aos recém-nascidos:

- Aumento no número de recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais e peso acima de 2.500 gramas
- Diminuição de parto pré-termo entre as gestantes fumantes
- Diminuição do comprometimento neurológico dos bebês

- Em relação aos cuidados dos pais para com a criança:

- Aumento no número de mães (pais) que demonstram cuidado sensível e competente para bebês e crianças
- Diminuição de práticas associadas a maus tratos à criança (deixar chorar no berço; dar "palmadas")
- Diminuição de casos comprovados de abuso e negligência infantil
- Diminuição da ocorrência de acidentes domésticos (quedas, ingestão de substâncias nocivas)
- Aumento do número de ambientes domésticos estimulantes, ou seja, aumento de brincadeiras e jogos apropriados para a criança

- Em relação ao desenvolvimento infantil:

- Aumento do número de crianças com desenvolvimento adequado para idade e sexo
- Diminuição do atraso na linguagem e no desenvolvimento cognitivo/mental
- Melhora nas interações mãe-criança

- Em relação ao curso de vida dos pais:

- Aumento do número de mães (pais) com planos construídos para sua autossuficiência econômica
- Diminuição do número de gestações subsequentes e/ou maior espaçamento entre as gestações
- Aumento do intervalo de tempo entre a primeira e a segunda criança
- Aumento do número de mulheres empregadas durante o segundo ano de vida da criança
- Aumento do envolvimento do pai nos cuidados e apoio à criança

Princípios e premissas básicas do programa jovens mães cuidadoras

O programa se apoia em três teorias:

(1) A teoria da autoeficácia: Em linhas gerais essa teoria visa ajudar a mãe (os pais) a redefinir seu projeto de vida , a partir da identificação de metas realistas , que divididas em pequenos passos, podem levar a mãe (os pais) a realizar transformações importantes na sua vida e na vida da criança . Os pais, em seguida, ganham um sentido de realização (por exemplo, eficácia), como eles se vêem alcançando cada meta. Este sentimento de eficácia deve, por sua vez, aumentar a motivação dos pais para continuar os objetivos (baseada na teoria de Albert Bandura)**;**

(2) A teoria ecológica: Reconhece a importância da inserção dos indivíduos e das famílias nos diversos contextos da vida em sociedade e busca ajudar a mãe (e pais) a desenvolver vínculos positivos com sua família e com a comunidade (baseada na teoria ecológica e bioecológica de Urie Brofenbrenner);

(3) A teoria do vínculo: Essa teoria aponta o quanto o estabelecimento de vínculos de boa qualidade entre pais e filhos é um recurso importante para se garantir o pleno desenvolvimento social e cognitivo da criança. Crianças que possuem vínculos fortes e de qualidade com seus pais são mais capazes e mais preparadas para enfrentar as situações trazidas pelo cotidiano. Assim, investir no preparo dos pais para que estes possam entender a importância de responder com sensibilidade ao seu filho e criar um ambiente acolhedor é uma tarefa importante para o programa de visitação (baseada nas teorias de John Bowlby e Mary Ainsworth).

As premissas do programa jovens mães devem servir de diretrizes para a abordagem devem estar presentes em cada VD realizada pelo enfermeiro (a), em graus variados conforme a necessidade assistencial:

• premissa 1 - Cuidados com a Saúde – O enfermeiro deve apoiar e estimular ações da mãe direcionadas a manutenção e ao aprimoramento da sua saúde e da saúde da criança. Para tanto deve realizar ações educativas e intervenções voltadas aos cuidados relativos a nutrição, exercício físico, uso de drogas e álcool e manutenção de seu bem-estar mental. No que tange a saúde da criança incluirá aspectos de nutrição, higiene, patologias comuns na infância, cuidados domésticos, vacinação, prevenção de acidentes, desenvolvimento neuropsicomotor, brincadeiras.

• premissa 2 - Saúde ambiental - O enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar, conhecer e utilizar os recursos sociais que possam ajudá-la no cuidado a criança, no sentido de garantir moradia adequada e segura, creche e escola, acesso a serviços de saúde, apoio de sua comunidade, recursos de segurança e outros pontos da rede social de apoio a família.

• premissa 3 - Desenvolvimento de seu curso de vida – Nessa perspectiva do cuidado o enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar objetivos relevantes para sua vida. Essas metas normalmente envolvem planos para a mãe completar sua educação, encontrar um emprego e adiar o nascimento de um segundo filho. As intervenções a serem realizadas devem sempre partir das necessidades e interesses da mulher no sentido de resgatar seus outros papéis sociais, além é claro do de mãe.

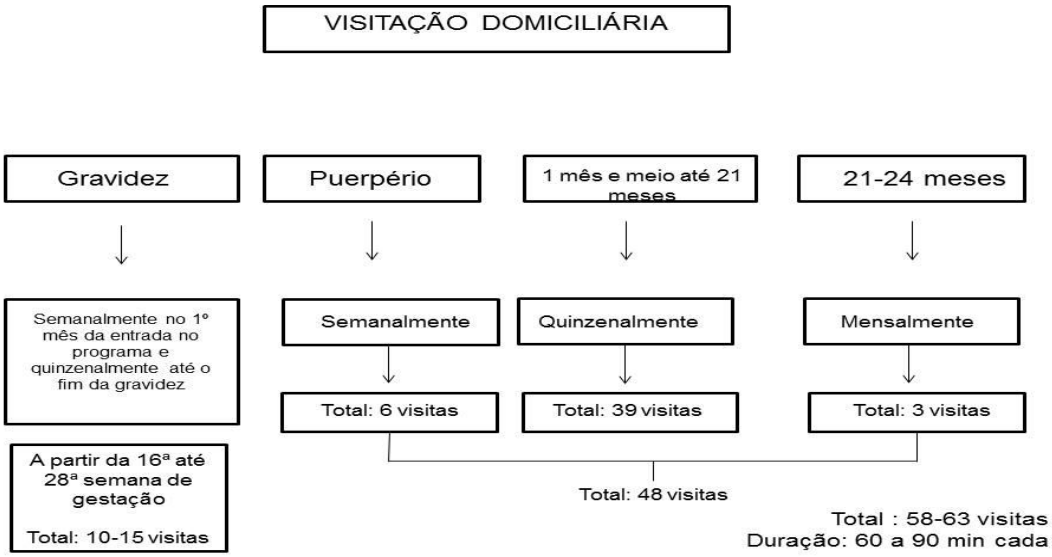
• premissa 4 - Desenvolver a "parentalidade" - O enfermeiro trabalha com a mãe (ou pai) para ajudá-la a desenvolver os conhecimentos e habilidades para apoiar com confiança a saúde e o desenvolvimento da criança. Utiliza para isso processos educativos para ajudar mães e pais na construção dos papéis de pai e mãe.

• premissa 5 – rede social: Os amigos e a família - O enfermeiro trabalha com a mãe para ajudá-la a entender e gerenciar seus relacionamentos com os outros (incluindo seus próprios pais, o pai do bebê e outros membros da família), de modo que eles sejam favoráveis à mãe e às necessidades da criança.

• premissa 6 – rede de serviços: Saúde, educação e Serviço Social – O enfermeiro tem a tarefa de certificar-se de que a mãe está tendo acesso aos serviços e recursos garantido pelas políticas públicas do país para atender às suas necessidades e as de seu filho. Para tanto precisa de um mapeamento adequado da rede de suporte social dessa família.

Operacionalização do programa

O esquema de visitas proposto possui uma média de 58 a 63 visitas para cada família, naturalmente dependendo da idade gestacional com a qual a gestante ingressa no programa. Cada visita deverá durar, em média, sessenta minutos. Este esquema, bem como o a quantidade de visitas distribuídas no período da gravidez, puerpério e desenvolvimento da criança, pode ser visualizado melhor na figura abaixo:



Espera-se que o teor de visitas domiciliárias reflita a variação de necessidades de desenvolvimento dos participantes através das fases do programa.

Treinamento e Supervisão do trabalho dos enfermeiros no programa de visitas

Os enfermeiros visitadores, para atuar no programa "jovens mães" precisam receber um treinamento especifico. O programa de aprendizagem do programa de visitas "jovens mães" pressupõe que os enfermeiros sejam graduados em enfermagem e preferencialmente possuam especialização ou mestrado nas áreas de saúde da mulher (ou obstetrícia); saúde da criança (pediatria) ou saúde mental (psiquiatria). Antes de ingressar no programa os enfermeiros devem passar por um programa de capacitação de 60 horas para "aprender" a manejar os instrumentos e as abordagens do programa de visitação, bem como fazer uma atualização sobre os protocolos de cuidado a criança e ao pré-natal e puerpério.

A supervisão tem papel central no programa de visitas Jovens Mães. O objetivo da supervisão é de realizar a salvaguarda para os enfermeiros e está integrada no papel do supervisor do programa de visitas.

Os enfermeiros receberão supervisão semanal um a um do supervisor e isso é suficiente para resolver a maioria dos problemas de relativas as dificuldades de intervenção relativos a crianças, jovens e adultos. O enfermeiro precisa trazer todos os casos à sua supervisão e o supervisor terá um sistema que garanta que todos os casos, se avaliados pelo enfermeiro como baixo ou alto risco, sejam analisados pela supervisão.

O supervisor precisa ser um enfermeiro experiente, que entenda do programa de visitação e ofereça supervisão clínica para o enfermeiro, pelo menos, uma vez por mês. Ele deve estar

também disponível para aconselhamento e apoio em questões psicológicas ou de estresse e sofrimento para os enfermeiros. O enfermeiro supervisor deve estar ciente de todos os clientes inscritos no programa, de todos os recursos sociais disponíveis na região e informados sobre os bebês e / ou jovens que têm um plano de assistência social ou educacional. Esta supervisão deverá ser realizada pelo enfermeiro e pelo psicólogo, pois enquanto o enfermeiro foca na supervisão mais clínica da assistência, o psicólogo assistência o psicólogo "cuida" das questões mais vinculadas ao vínculo e ao "*parenting*", além de colaborar com o suporte psicológico dos enfermeiros.

O que a enfermeira visitadora deve fazer nas visitas?

O foco desse programa de visitas é ajudar as jovens mães a desenvolverem habilidades parentais e estabelecerem vínculos de qualidade com e de cuidado com a criança. Assim, durante as visitas as enfermeiras devem ficar atentas aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.

A seguir, serão listados alguns desses aspectos, tais como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. A divisão por trimestre tem a finalidade de abordar as principais características de cada etapa, porém, destaca-se que este processo não é estático, podendo algumas características se manifestar no decorrer de outros momentos da gestação. Ao iniciar nossas visitas, as enfermeiras pressupõem que a mulher já pôde sentir e refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Nesse momento, já ocorreram reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não à gestação. No entanto, existem inseguranças, e a gestante muitas vezes busca: confirmar sua gravidez; amparar suas dúvidas e ansiedades; certificar-se de que tem bom corpo para gestar; certificar-se de que o bebê está bem; apoiar-se para seguir nessa "aventura".

Assim, a enfermeira visitadora deve:

• Acolher a gestante e seu companheiro. O acolhimento pressupõe receber, escutar e tratar as pessoas com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. O acolhimento implica, também, a responsabilização dos profissionais pela condução do cuidado e na corresponsabilização dos usuários pela sua saúde. Acolher as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar este novo papel de forma satisfatória;

• Reconhecer o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos aparecem, razão pela qual é necessário compreender esta circunstância sem julgamentos;
• Identificar as condições emocionais da gestação: se a gestante tem um companheiro, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família ou de amigos, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez, enfim, o contexto em que a gravidez ocorreu e suas repercussões na vida da gestante, de sua família e do seu entorno e compreender este estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
• Estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuos; informar a gestante sobre seu direito ao acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e informe também a maternidade de referência, para que possam visitá-la. Isso os deixará mais tranquilos quanto à hora do parto.
• Ajudar a gestante e seu parceiro a compreender que o processo de mudança na identidade e no papel ocorre também com o homem, porque a paternidade também é entendida como um processo de transição emocional e existencial.

No Primeiro trimestre a visitadora deve estar atenta para ajudar a gestante a reconhecer que este é o momento de comunicação da gravidez ao (à) parceiro (a), aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez. É comum surgirem ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas. Oscilações do humor (aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade) e instabilidade emocional podem estar presentes. Ocorrem as primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço; desejos e aversões por determinados alimentos e aumento do apetite. Ao fim do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez. Nesse trimestre a visitadora utiliza instrumentos que ajudam a identificar a estrutura familiar e de rede social da gestante para ajudá-la a buscar recursos financeiros e sociais para esta fase de sua vida.

No Segundo trimestre podem ocorrer alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. Mais comumente verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observa-se o aumento da satisfação sexual; alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa; percepção dos movimentos fetais e seu impacto (a presença do filho é concretamente sentida), e tal percepção gera alívio; caso contrário, pode provocar o temor de que algo esteja errado com sua gestação. Instalam-se

mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto, a partir de seus movimentos. É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional. Nesse trimestre a visitadora utiliza instrumentos que avaliam o grau de vinculação entre mãe-feto e instrumentos para analisar auto eficácia da mãe, além é claro de discutir as questões relativas a construção do papel de mãe e pai.

No Terceiro trimestre, as ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê. Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte). Aumentam as queixas físicas. Existe uma maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê. Nesse período as visitadoras começam a utilizar instrumentos que ajudem a gestante a adquirir habilidades para cuidar do bebê, para amamentar e cuidar das mamas e utiliza um instrumento para identificar possíveis sinais de depressão. A visitadora também discute com a gestante "o plano de parto" para ajudar a mesma a se preparar para esse momento.

Após o nascimento do bebê, as visitadoras acompanham bem de perto o puerpério da gestante, ajudando-a na amamentação, na reorganização da rotina familiar e na organização dos cuidados e da rotina do bebê. Nessa fase utilizam instrumentos para identificar sinais de depressão e avaliar a autoeficácia da mãe para a amamentação. Começam ainda a utilizar instrumentos que ajudem a avaliar o vínculo mãe-criança.

Após a criança completar o primeiro mês de vida e até os 2 anos de idade a visitadora se ocupa de acompanhar o crescimento e desenvolvimento do bebê e o estabelecimento de vínculos positivos e amorosos entre mãe e bebe. Assim, vamos apresentar o conteúdo a ser trabalhado pelas visitadoras dividido por faixa etária:

1 mês a 6 meses: Nessa fase mãe e bebe ainda estão se adaptando um ao outro. Nessa fase é muito importante a mãe estabelecer uma rotina de cuidados para a criança, bem como aprender a identificar as demandas da criança, reconhecer os diferentes tipos de choro, reconhecer cólicas e atender prontamente e carinhosamente a todas as demandas do bebê. O papel da visitadora nessa fase é garantir a amamentação exclusiva, discutir com a mãe formas de brincar e conversar com a criança. A visitadora utiliza instrumentos para identificar sinais de depressão materna e instrumentos para identificar sinais de vínculo entre mãe e bebe. Para a visitadora é importante acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, além das vacinas, estimulando o cuidado de puericultura.

7 meses aos 12 meses: Nessa fase a criança aprimora suas habilidades motoras e cognitivas e aperfeiçoa sua forma de contato com a mãe. A visitadora tem papel fundamental para ajudar a mãe a estimular a criança a adquirir essas novas "habilidades" organizando o ambiente para evitar acidentes; sendo paciente e amorosa com as brincadeiras e demonstrações de afeto da criança.

12 meses a 24 meses: Nessa fase a criança adquire autonomia, física e psicológica, porque já está andando sozinha e construindo laços de afeto e vínculo com outras pessoas além da mãe. É importante que a visitadora atue no sentido de ajudar a mãe a estimular a autonomia da criança, para andar, comer e brincar sozinha ou com outras pessoas de sua confiança, para algumas mães, é hora de colocar a criança na creche.

Instrumentos e escalas que serão utilizados pelos enfermeiros visitadores

- **Escala de Autoeficácia Geral e Percebida**: Essa Escala foi construída por Schwarzer e Jerusalém no ano de 1995, para avaliar um senso geral de Autoeficácia percebida com o objetivo de predizer a capacidade de superar as dificuldades diárias como também a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida. Validada para o português em 2004, possui 10 itens, como por exemplo "Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante", e "Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções". Trata-se de um instrumento do tipo Lickert com quatro opções de resposta: discordo fortemente (1); discordo (2); concordo (3); concordo fortemente (4) e, quanto maior a pontuação, maior a percepção de autoeficácia. Cada item refere-se ao alcance de metas e insinua uma atribuição interna estável de sucesso. No caso de um teste ser considerado com pontuação baixa, o enfermeiro deverá fazer a referência dessa gestante para um serviço especializado.

- **Escala de Apego Materno – Fetal:** A Escala constitui-se um instrumento com pontuação do tipo Likert, contendo 24 itens, com cinco possibilidades de respostas: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca, cuja pontuação varia de 5 a 1, respectivamente. A escala apresenta cinco sub-escalas (diferenciando-se do feto; interação com o feto; atribuindo características ao feto; entregando-se ao feto e desempenhando um papel) e os resultados podem ser: apego mínimo, apego médio e apego máximo. O escore total da escala é obtido com a soma da pontuação de cada item, de modo que apego mínimo corresponde aos escores de 0 a 47 pontos; apego médio, escores de 48 a 71 pontos; e apego máximo, escores de 72 a 120. No caso de um teste ser considerado com pontuação baixa, o enfermeiro deverá fazer a referência dessa gestante para um serviço especializado.

- **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPD**S): A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias pós-parto. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde. É uma escala auto-aplicável, constando de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3), como por exemplo: "Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo", "Tenho tido esperança no futuro". As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. No caso de um teste ser considerado com pontuação alta, o enfermeiro deverá fazer a referência dessa mãe para um serviço especializado.

- Cadernos de atenção básica nº23: Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar.

- Cadernos de atenção básica nº32: Atenção ao Pré-Natal de baixo risco.

- Cadernos de atenção básica nº33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.

- Cadernos de atenção básica Nº34: Saúde Mental.

- Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

- Guia Alimentar para a População Brasileira Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Optamos por incluir ou alterar determinados pontos das diretrizes do programa, conforme sugestão ou dúvida que algum especialista tenha pontuado, para a criação da versão 2 do programa. Desta forma, surgiram questões consideradas pertinentes e que precisavam ser reescritas para o aperfeiçoamento das diretrizes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo ora desenvolvido permitiu chegarmos a algumas conclusões, a exemplo de:

- A proporção de respostas (totalmente) adequado para todos os juízes do grupo 1 em todos os itens foi de 94,1%. No grupo 2, ainda que sete itens, isoladamente, não tenham alcançado o IVC pré-estabelecido no método desta pesquisa, a proporção de respostas (totalmente) adequado para todos os juízes do grupo 2 em todos os itens foi de 84%, validando o conteúdo do instrumento sob análise
- O instrumento que contém as diretrizes do Programa Jovens Mães Cuidadoras é um recurso que pretende ser um norteador para gestores, profissionais e pesquisadores da área da primeira infância. Segundo exposto, o conteúdo abrange informações referentes a princípios e diretrizes do programa e poderá servir de consulta a desenvolvedores de programas com objetivos semelhantes
- O objetivo de fazer as diretrizes do programa e submetê-la à análise dos juízes foi ouvir de profissionais especializados sobre quais pontos deveriam ser melhorados ou alterados, a fim de que o conteúdo se adequasse melhor aos objetivos e resultados esperados do programa
- A aplicação do conhecimento resultante deste estudo poderá repercutir de forma positiva tanto na aplicação da intervenção pelos enfermeiros visitadores, como no desenvolvimento de outras intervenções e/ou tecnologias voltadas para a promoção do desenvolvimento da primeira infância
- A técnica Delphi, como metodologia de escolha, tem suas limitações, como pôde ser observado nos resultados expostos. Talvez a complementação da técnica Delphi com um grupo focal, por exemplo, fecharia o consenso de todos ou mais itens do conteúdo das diretrizes do programa.
- Através de uma análise bem panorâmica dos resultados, tanto da parte dos profissionais como da parte dos experts, mesmo os itens que foram considerados validados precisavam estar mais bem descritos no texto do programa enviado para análise, pois, pelos comentários e sugestões pontuados não pareciam estar claros para os respondentes da pesquisa alguns pontos da intervenção.

Conforme os resultados revelaram, há necessidade de se submeter as versões elaboradas a um processo de validação, tendo em vista que esses materiais só serão realmente válidos se passarem por processos sistemáticos.

De acordo com a expectativa, a elaboração e a análise da versão do programa Jovens Mães Cuidadoras pode incentivar a construção de outras diretrizes de programas de intervenção, seja domiciliar ou não, como foco na primeira infância, especialmente na área de Enfermagem.

Segundo se percebe, a atuação da Enfermagem em intervenções na primeira infância, no Brasil, precisa ampliar o exercício contínuo da atitude crítica diante das próprias produções; registrar e divulgar a produção de seu conhecimento, e estar pronta a enfrentar os desafios impostos pela ciência da área e da profissão.

Embora já existam diversas iniciativas e intervenções voltadas para o desenvolvimento da primeira infância no Brasil, um programa desta natureza, desenvolvido por enfermeiros, profissionais de nível superior e especializados, é inédito, portanto, esta investigação pode ser entendida como um ponto de partida para outras de natureza semelhante.

A incorporação de novos conhecimentos ou procedimentos em saúde é um processo complexo e que envolve vários elementos que devem atuar conjuntamente. No entanto, os aspectos mais importantes são a capacidade da nova tecnologia em reduzir morbidade ou mortalidade de determinado agravo ou doença, os custos de sua implantação e disseminação entre o público alvo e a percepção pelos pacientes/usuários do seu benefício. Por ser uma inovação tecnológica, faz-se necessário o debate de como esta tecnologia poderia ser incorporada dentro das redes de atenção à saúde e quais fatores iriam influenciar nesta incorporação, e isto pode ser tema de estudos futuros.

Acredita-se ter contribuído para fortalecer a prática da Enfermagem na promoção do desenvolvimento da primeira infância, mesmo tendo a consciência de que, como se trata da diretriz de um programa que acompanha as mudanças e demandas das famílias e do próprio sistema de saúde, este é um instrumento inacabado, portanto, deverá passar periodicamente por revisões apuradas para torná-lo sempre atualizado e útil para a prática dos enfermeiros visitadores.

No desenvolvimento desta tese e na produção das duas versões do programa Jovens Mães Cuidadoras, foram estes os propósitos da pesquisadora. Se tais objetivos forem alcançados, terá sido um passo inicial para mais uma conquista. Somada às outras, como a publicação destas diretrizes, espera-se ter contribuído para fortalecer a prática promotora de saúde da Enfermagem, na área da primeira infância.

REFERÊNCIAS

8 - REFERÊNCIAS

1 - Rios KSA, Williamns LCA, Aiello ALR. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. Adolesc Saúde. 2007;4(1):6-11.

2 - Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC.

3 - Siqueira AAF, Tanaka ACD. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. Rev.Saúde Públ. 1986;20: 274-9.

4 - Gomes R, Fonseca EMGO, Veiga AJMO. A visão da pediatria acerca da gravidez. Rev Latino-Am Enfermagem. 2002;10(3):408-14.

5 - Raneri, L. G., & Wiemann, C. M.Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. Perspect Sex Reprod Health. 2007;39(1):39-47.

6 - Canavarro MC, PereiraAI. Gravidez e maternidade na adolescência: perspectivas teóricas. In: Canavarro MC, organizadora. Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra:Quarteto;2001;323-58.

7 - Larson NC. Parenting stress among adolescent mothers in the transition to adulthood. Child and Adolescence Social Work Journal. 2004; 21(5):457-76.

8 - Shields N, Pierce L.Controversial issues surrounding teen pregnancy: a feminist perspective. In: Holgate HR, Evans R, Yuen F, organizadores. Teenage pregnancy and parenthood - global perspectives, issues and interventions. London: Routledge;2006;129-48.

9 - Sieger K, Renk K. Pregnant and parenting adolescents: A study of ethnic identity, emotional and behavioral functioning, child characteristics, and social support. J Youth Adolescence. 2007; 36(4):567 – 81.

10 - Cox JE, Buman M, Valenzuela J, Joseph NP, Mitchell A, Woods ER.Depression, parenting attributes and social support among adolescent mothers attending a teen tot program. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2008;21(5):275-281.

11 - Carvalho GM, Merighi MAB, Jesus MCP. Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(1), 17-24.

12 - Monteiro C, Costa N, Nascimento P, Aguiar I. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. Rev. bras. enferm. 2007; 60(4), 373-376.

13 - Ximenes Neto, FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha, ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Rev. bras. enferm. 2007; 60(3), 279-285.

14 - Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH, McCormick MC, Bauer CR, Bernbaum JC, et al. Early intervention in low birth weight, premature infants: results through age 5 years from the Infant Health and Development Program. JAMA. 1994; 272(16); 1257 - 62.

15 - Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Hanks C, Cole R et al. Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a three-year follow-up of a randomized trial JAMA. 2000; 283 (15):1983-1989.

16- Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK, et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics. 2004; 114(6):1560-8.

17 - Gomby DS. Home visitation in 2005: Outcomes for children and parents. Invest in kids working paper no. 7. Washington, DC: Committee on Economic Development; 2005.

18- Nabão FRZ, Abreu FCP, Gomes MFP, Castro DFA, Fracolli LA. Promovendo a primeira infância através de programas de visita domiciliar no Brasil e no mundo: revisão sistemática de literatura. Saúde Soc. 2016;25(supl.1): 734-35. [Apresentado na 22° Conferência Mundial de Promoção da Saúde: promovendo saúde e equidade; 2016 maio.22-6; Curitiba].

19 - Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. São Paulo: McGraw-Hill;1976.

20 - Nutbeam D. Health promotion Glossary. Health Promot Int. 1998;13(4):p. 349-64.

21 - Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (organizadores). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.15-38.

22 - Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM (organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p 635-67.

23 - Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare, 1974.

24 - Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. 2000;5(1):p. 163-67.

25 - Mendes IAC. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Rev. Latinoam. Enfermagem. 2004;12(3):p.447-48.

26 - Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface- comum, saúde e educ. 2003;17(12):101-22.

27 - World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneve: WHO;1986.

28 - Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9(3): 745-9.

29 – Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatto D, Souza R. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2004; 9 (3), p. 655-67.

30 - Pires MRGM. Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde. Rev. bras. saúde mater. infant. 2005; 5(sup.1): p.71-81.

31 - Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde Soc.2004;13 (2), p.5-19.

32 - Tengland, PA. Empowerment: A Goal or a Means for Health Promotion? Med Health Care and Philos. 2007;10(2): 197-207.

33 - Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernström L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. Patient Educ Couns. 2004; 53(3):319-24.

34 - Figueiredo JV, Freitas LV, Lima TM, Oliveira AS, Damasceno AKC.Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania. Enferm.Foco. 2010;1(3):124-28.

35 – Monforte MFM, Mineiro ALS. As vivências da mulher durante a gravidez. Nursing. 2006;16(206):17-23.

36 - Kameda Y, Shimada K. Development of an empowerment scale for pregnant women. J. Tsuruma Health Sci.Soc. 2008;32(1), 39-48.

37 – Mesquita ACN. Empowerment na doença crónica: o associativismo na insuficiência renal. Lisboa: Instituto de Formação em Enfermagem; 1997.

38 - Hughes C. Empowerment: challenges during pregnancy. J Diabetes Nurs. 2007;11(8), 288-94.

39 – Roth CA. A survey of perceived social support among pregant women in the intermountain region. Montana: Montana State University; 2004.

40- Silva SMA.Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais;2012.

41 - Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2006;16 (1), 85-96.

42 – Kobach AC, Becker J, Worley H.The impact of community health workers on the self-determination, self-sufficiency, and decision-making ability of low income women and mothers of young children. J Community Psychol. 2004;32(3), 343–56.

43 - Silva DN. Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade. [Dissertação]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu;2014.

44 - Bandura A. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977; 84(2):191-215.

45 - Bandura A. Social Foundations of Thought and Action. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall;1986.

46 - Bandura A. Self-efficacy: an exercise of self-control. New York: Cambridge University Press;1998.

47 - Souza GA, Silva AM, Galvão R. A autoeficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. Pesqui Odontol Bras. 2002;16(1):57-62.

48 - Rebelo PJL. Estudo exploratório sobre as atitudes dos profissionais de saúde face à eficácia da fisioterapia e dos fisioterapeutas e sua relação com a autoeficácia percebida pelos fisioterapeutas. [Dissertação].Lisboa: Universidade Aberta;2008.

49 - Brígido M. Adaptação da mulher ao nascimento de um filho. [Dissertação]. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada;2003.

50 - Bandura A. Self-Efficacy mechanism in human agency. Am Psychol. 1982;37(2): 122-147.

51 - Rodrigues AP, Padoin SMM, Paula CC. Fatores que interferem na autoeficácia da amamentação: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line. 2013;7(esp):4144-52.

52 - Rodrigues AP, Padoin SMM, Guido LA, Lopes LFD. Fatores pré-natal e puerpério na autoeficácia em amamentação. Esc Anna Nery. 2014;18(2):257-61.

53 - Chaves ACM. Autoeficácia de gestantes e puérperas em amamentar. [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná;2014.

54 - O'Leary A. Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. Cognitive Ther Res. 1992;16(2):229-45.

55 - Pires A. A Percepção que a mãe tem do temperamento do bebé: desenvolvimento da percepção e a sua relação com o comportamento da criança, e o comportamento, irritabilidade e auto-eficácia maternas. [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto;1997.

56 - Daly M. The role of the self-concept as a moderator of psychological wellbeing in the transition to motherhood. Aust J Psychol. 2003;55(1): p.223-33.

57 - Brazelton TB. Tornar-se família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento. Lisboa: Terramar;1994.

58 - Camarneiro APF. A Gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé. [Tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra;1998.

59 - Leal I. Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim de Século Edições;2005.
60 - Oliveira OF. Estudo da ansiedade da mulher grávida em relação ao parto. [Dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra;2006.

61 – Pereira MJS. Diabetes Gestacional: aspectos psicológicos. [Dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra;1999.

62 – Rato PI. Ansiedade perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. Aná Psicológica. 1998;16(3):405-13.

63 - Maldonado MTP. Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério. 16.ª ed. São Paulo: Saraiva;2002.

64 - Sá MCA. (2001). Gravidez e Pós-Parto: Experiências vivenciadas pela mulher. [Dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra;2001.

65 - Vaz Serra A, Pocinho F.Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. Psiquiatria Clínica. 2001;22(1):9-21.

66 - Mattson S. Avaliação dos factores de risco. In: Bobak I, Lowdermilk D, Jensen M (editores). Avaliação dos factores de risco. Enfermagem na Maternidade. Lisboa: Lusociência; 2008.p.557-59.

67 - Pedroso RCJ. A auto-estima na grávida adolescente. [Dissertação]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra;2001.

68 - Silveira C, Ferreira M. Auto-Conceito da grávida - factores Associados. Millenium. 2011;40:53-67.

69 - Olds DLR, O'Brien J, Luckey R, Pettitt DW, Henderson LM, JrNg CR, Sheff RK, Korfmacher KL, Hiatt J, Talmi A, Home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2002;110(3):p. 486-96.

70 - Coleman PK, Karraker KH. Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. Dev Rev. 1997;18(1):p. 47–85.

71 - Raikes HA, Thompson RA. Efficacy and social support as predictors of parenting stress among families in poverty. Inf Mental Health J. 2005;26(3):p.177– 90.

72 - Bowlby J. As origens do apego. In: Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

73 - Bowlby J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. Int J Psychoanal. 1940;21:p. 1-25.

74 - Bowlby J. Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. Int J Psychoanal. 1944;25:p. 107-27.

75 - Ainsworth M. (1963) The development of infant-mother interaction among Ganda. In: Foss BM. (organizador). Determinants of infant behavior. New York: Wiley;1963. p. 67-104.

76 - Ainsworth M. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. New York: Halsted Press Division of Wiley;1978.

77 - Ainsworth M. Attachments across the lifespan. Bull N Y Acad Med. 1985;61(9):p.792-812.

78 - Carvalho AMA, Politan I, Franco, AL. Vínculo Interpessoal: uma reflexão sobre diversidade e universalidade do conceito na teorização da psicologia. Est. Psic. 2008;25(2):p.233-40.

79 - Cassidy J. The nature of child's ties. In: Cassidy J, Shaver P. (organizadores). Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. New York: The Guilford Press;1999. p. 3-20.

80 - Ainsworth M, Bowlby J. An ethological approach to personality development. Am Psychol. 1991;46(4):p. 333-41.

81 - Van Zeijl J, Mesman J, Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Stolk MN, Koot HM, Alink LRA. Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of 1- to 3-year-old children at risk for externalizing behavior problems: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psych.2006;74(6):p.994-1005.

82 - Egeland B. Attachment-based intervention and prevention programs for young children. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, (organizadores). Encyclopedia on Early Childhood Development [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004:1- 7.

83 - Egeland B, Weinfield NS, Bosquet M, Cheng VK. Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In: Osofsky JD, Fitzgerald HE. (organizadores). WAIMH - handbook of infant mental health. New York, NY: Wiley; 2000. p.35-89.

84 - Beckwith L. Intervention with disadvantaged parents of sick preterm infants. Psychiatry. 1988;51(3):242-47.

85 - Egeland B, Erickson M. Lessons from STEEPTM: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: Sameroff A, McDonough S, Rosenblum K. (organizadores). Treating parent-infant relationship problems. New York, NY: Guilford Press; 2004. p.213-42.

86 - Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. Child Dev.1991;62(1):199-209.

87 - Egeland B. Programas de intervenção e prevenção para crianças pequenas baseados no apego. Institute of Child Development, University of Minnesota, EUA;2009.

88 – Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development. Dev Psychol. 1986;22(6), 723-742.

89 - Bronfenbrenner U.Making human beings human: biecological perspectives on human development. London: Sage;2004.

90 - Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas;1996.

91 - Rooke MI, Pereira-Silva NL. Resiliência familiar e desenvolvimento humano: análise da produção científica. Psic Pesq. 2012;6(2):p.179-86.

92 - Charepe ZB, Figueiredo MHJS.Promoción de la esperanza y resiliencia familiar: prácticas apreciativas. Investig Educ Enferm. 2010;28(2):p. 250-57.

93 - Silva MRS, Lacharité C, Silva PA, Lunardi, VL, Lunardi Filho WD. Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. Texto e Contexto Enferm. 2009; 18(1):p.92-99.

94 - Poletto M, Koller SH. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estud. Psic .2008;25(3):p.405-16.

95 - Alves PB. Infância, tempo e atividades cotidianas de crianças em situação de rua: as contribuições da teoria dos sistemas ecológicos. [Tese]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

96 - Oliveira-Monteiro NR. Percursos da gravidez na adolescência: estudo longitudinal após uma década da gestação. Psicol. Reflex. Crit. 2010;23(2):p.278-88.

97 - Oliveira-Monteiro NR, Negri M, Fernandes AO, Nascimento JOG, Montesano FT. Gravidez e maternidade de adolescentes: fatores de risco e de proteção. Rev.bras.crescimento desenv.hum. 2011;21(2):p.198-209.

98 - Rios KSA, Williamns LCA, Aiello ALR. Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil. Adolesc Saúde.2007;4(1); 6-11.

99 - Polit DF, Beck CT. Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.

100 - Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Análise quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004.

101 - Contradiopoulos AP, Champagne F, Louise DJ, Potvin LD. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec;1997.

102 - Nascimento MHM. Tecnologia para mediar o cuidar – educando no acolhimento de “famílias canguru” em unidade neonatal: Estudo de Validação”. [Dissertação] Belém: Universidade do Estado do Pará;2012.

103 - Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e educação. 4ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

104 - Oliveira BG, Melendez JGV, Ciconelli RM, Rincón LG, Torres AAS, Sousa LAP et al. Versão em português, adaptação transcultural e validação de questionário para avaliação da qualidade de vida para pacientes portadores de marcapasso: AQUAREL. Arq. Bras. Cardiol.2006;87(2):p.75-83.

105 - Ferreira ABH. Dicionário básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;1999.

106 - Raymundo VP. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolingüística. Letras de Hoje. 2009;44(3):p. 86-93.

107 - Cassiani SHB. A coleta de dados nas pesquisas em enfermagem estratégia, validade e confiabilidade. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo;1987.

108 - Schmidt S, Bullinger M. Current issues in cross-cultural quality of life instrument development. Arch Phys Med Rehabil. 2003;84(Suppl 2):p29-34.

109 - Williamson MY. Research methodology and its application to nursing. New York: John Wiley & Sons; 1981.

110 - Martins GA. Sobre confiabilidade e validade. RBGN. 2006;8(20):p.1-12.

111 - Silva JV. Adaptação cultural e validação do instrumento de medida de capacidades de autocuidado "appraisal of self-care agency scale". [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo;2002.

112 - Perroca MG, Gaidzinski RR. Avaliando a confiabilidade interavaliadores de um instrumento para classificação de pacientes - coeficiente Kappa. Rev Esc Enf USP. 2003; 37(1):p.72-80.

113 - Salmond SW. Orthopedic nursing research priorities: Delphi study. Ortop Nurs. 1994;13(2):p.31-45.

114 - Oliveira MS. Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e de conteúdo de uma tecnologia educativa. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2006.

115 - Giovizazzo RA. Modelo de aplicação da metodologia Delphi pela internet – vantagens e ressalvas. Administração online. 2001;2(2).

116 - Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. Cad Pesq Admin. 2000;1(12):p.54-65.

117 - Kayo EK, Securato JR. Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. Cad Pesq Admin. 1997;1(4):51-61.

118 - Pereira RDM, Alvim NAT. Técnica Delphi no diálogo com enfermeiros sobre a acupuntura como proposta de intervenção de enfermagem. Esc Anna Nery. 2015;19(1):p.174-180.

119 - Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas;2002.

120 - Silva AM, Rodrigues CDS, Silva SMR, Witt RR. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. Rev. Gauch. Enferm. 2009;30(2):p.348-51.

121 - Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev Rene. 2012;3(1):p.242-51.

122 - Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(7):p.3061-3068.

123 - Lopes MJM, LS MC. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. Cad. Pagu. 2005;24:p.105-25

124 - Machado MH, Vieira ALS, Oliveira E. Construindo o perfil da enfermagem. Enfermagem em Foco. 2012;3(3):p.119-22.

125 - Holzmann, L. Notas sobre as condições da mão de obra feminina frente às inovações tecnológicas. Sociologias. 2000;4:p.258-73.

126 - Bruschinni C, Lombardi MR. Instruídas e trabalhadeiras Trabalho feminino no final do século XX. Cadernos Pagu. 2001;2:p.157-96.

127 - Gomes VLO, Backes VMS, Souza Padilha MIC, Vaz MRC. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. Invest Educ Enferm. 2007;25(2):p. 108-115.

128 - Jurado SR, Gomes JB, Dias RR. Divulgação do conhecimento em enfermagem: da elaboração à publicação de um artigo científico. Rev Min Enferm. 2014;18(1):p.243-51.

129 - Olds DL, Henderson Jr CR, Tatelbaum R, Chamberlin R. (1986). Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. Pediatrics. 1986;77(1): 16.

130 - Olds DLR, O'Brien, RJ, Luckey DW, Pettitt LM, Henderson CR, JrNg RK et al. A home visiting by paraprofessionals and by nurses: a randomized, controlled trial. Pediatrics. 2002;110(3):p.486-96.

131 - Miller TR. Projected outcomes of Nurse – Family Partnership Home Visitation during 1996-2013, USA. Prev Sci. 2015;16(6):p.765-77.

132 - Olds DL, Robinson J, Pettitt L, Luckey DW, Holmberg J, Ng RK et al. Effects of home visits by paraprofessionals and by nurses: age 4 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics. 2004;114(6):p.1560-8.

133 - Sadler LS, Slade A, Close N, Webb DL, Simpson T, Fennie K, Mayes LC. Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. Infant Ment Health J. 2013;34(5):p.391-405.

134 - Ordway MR, Sadler LS, Dixon J, Close N, Mayes L, Slade A. Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: preliminary follow-up results of a randomized trial. J Pediatr Nurs. 2014;29(1):p.3-13.

135 - Mustard J.F. Early child development and the brain – The base for health, learning, and behavior throughout life. In: From Early Child Development to Human Development. Washington, D.C.: The World Bank; 2002.

136 - Mustard JF. Investindo no desenvolvimento infantil: preenchendo a lacuna entre o que sabemos e o que fazemos. In: Cypel S, Kisil M, Lisbona PW. (organizadores). Desenvolvimento Infantil da concepção aos três anos de idade: contribuição do I workshop da FMCSV. São Paulo; 2007, p. 12-21.

137 - Shore R. Repensando o cérebro: novas visões sobre o desenvolvimento inicial do cérebro [Re-thinking the brain: new perspectives on the early development of the brain]. Porto Alegre: Mercado Aberto;2000.

138 - Marcondes RS. Educação em saúde pública: conceituação, objetivos e princípios. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP. Disciplina Educação em Saúde Pública, 1974. [mimeografado].

139 - Patias ND, Fiorin PC, Lima LS, Dias ACD. O fenômeno da parentalidade durante a adolescência: reflexões sobre relações de gênero. Rev. SPAGESP. 2014;15(2):p.45-62.

140 - Sadler LS, Slade A, Mayes L. Minding the Baby: A Mentalization based parenting program. In J. Allen J, Fonagy P. (editores). Handbook of Mentalization Based Treatment. Chichester. UK: Wiley;2006.

141 - Mendes. EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

142 - Trindade E. A incorporação de novas tecnologias nos serviços de saúde: o desafio da análise dos fatores em jogo. Cad. saúde pública. 2008;24(5):951-64.

143 - Silva LK. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. Ciênc. saúde coletiva. 2003;8(2):501 -20.

144 - Viera GB, Machado RO, Pasin JSM. A atuação do visitador do programa Primeira Infância Melhor no município de Santa Maria - RS. Centro Universitário Franciscano [Internet]. Santa Maria; s.d. [atualizado 2016; citado 2016 junho 28]. http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/6737.pdf

145 - Kaiser DE, Freitas TCS. Programa primeira infância melhor: percepções do visitador. Cienc Cuid Saude.2010;9(1):p.81-90.

146 - Schneider, Alessandra. Percepções sobre visitas domiciliares na gestação e no primeiro ano de vida do bebê: um estudo com mães no programa primeira infância melhor. [Dissertação]. São Leopoldo: Universidade do Vale do Rio dos Sinos;2010.

147 - Zorzan SP. Programa Primeira Infância Melhor: um exemplo de boas práticas em Educação. Educação por Escrito. 2011;2(1):p.75-82.

148 - Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Ulmi EF, Dall'Agnol MM, Neumann NA. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. Cad. saúde pública. 2008;24(11):p.2614-22.

149 - Howard KS, Brooks-Gunn J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. Future Child.2009;19(2):p.119–46

150 - Chiesa AM, Mello DF, Fracolli LA, Veríssimo MDO. Ações da equipe de saúde da família no fortalecimento dos cuidados familiares que promovem o desenvolvimento integral da criança pequena. In: Pluciennik GA, Lazzari MC, MF. (organizadoras). Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: a parentalidade em foco. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal;2015. p.84-94.

151 - Koniak-Griffin D, Verzemnieks IL, Anderson NL, Brecht ML, Lesser J, Kim S et al. Nurse visitation for adolescent mothers: Two year infant health and maternal outcomes. Nurs Res.2003;52(2):p.127–36.

152 - Solymos GMB, Maricondi MA, Soares MLPV. A criança e a família: as potencialidades da abordagem em rede para o contexto da promoção da saúde. In: Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELP. (oraganizadoras). Promoção da Saúde da Criança, a experiência do Projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades. São Paulo: MSPrado;2009. p. 43-60.

153 – Bem LA, Wagner A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. Psic estudo. 2006;11(1):p. 63-71.

154 - Murta SG, Rodrigues AC, Rosa IO et al. Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade. Psic: Teor.e Pesq. 2011;27(3):p. 337-46.

155 - Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Hanks C, Cole R et al. Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A Three-Year Follow-up of a Randomized Trial. JAMA. 2000;283(15):p.1983-1989.

156 - Love JM, Kisker EE , Ross CM, Schochet PZ, Brooks-Gunn J, Paulsell D et al. Making a difference in the lives of infants and toddlers and their families: The impacts of Early Head Start. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research, Inc;2002.

157 - Portaria MS/GM Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.

158 - Lavall E, Olschowsky A, Kantorski LP. Avaliação de família: rede de apoio social na atenção em saúde mental. Rev Gaucha Enferm. 2009;30(2):p.198-205.

159 - Nascimento LC, Dantas IRO, Andrade RD, Mello DF. Genograma e ecomapa: contribuições da Enfermagem Brasileira.Texto Contexto Enferm. 2014;23(1):p. 211-20.

160 - Tannus JN, Ramos LBM, Santos DBO, Carneiro NGD, Paiva JG, Tannus RN. Genograma e Ecomapa: abordagem com adolescentes de famílias de alto risco. Rev. Ed. Popular. 2011;10:p. 131-40.

161 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica nº23. Brasília: Ed. Ministério da Saúde;2009.

162 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº32. Brasília: Ed. Ministério da Saúde;2013.

163 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica Nº33. Brasília: Ed. Ministério da Saúde;2012.

164 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. Cadernos de Atenção Básica nº34. Brasília: Ed. Ministério da Saúde;2013.

165 - Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde;2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

166 - Brasil. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde;2010.

167 - Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde;2006.

168 - Brasil. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde;2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

169 - iTunes [Internet]. São Paulo; s.d. [citado 2016 junho 28]. Disponível em: https://itunes.apple.com/br/app/minha-gravidez-hoje/id386022579?mt=8.

170 - iTunes [Internet]. São Paulo; s.d. [citado 2016 junho 28]. Disponível em:https://itunes.apple.com/br/app/ipregnancy-pregnancy-app/id295598816?mt=8.

171 - iTunes [Internet]. São Paulo; s.d. [citado 2016 junho 28]. Disponível em:https://itunes.apple.com/br/app/village-life-amor-casamento/id616655687?mt=8.

172 - O uso da internet por adolescentes. UNICEF [Internet]. Brasília; s.d. [atualizado 2016; citado 2016 junho 28]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_uso_internet_adolescentes.pdf.

173 - Mosack V, Shore ER. Screening for depression among and postpartum women. J. Community Health Nurs. 2006;23(1):p.37-47.

174 - Figueira P, Corrêa H, Malloy – Diniz L, Romano – Silva MA. Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. Rev. Saúde Pública.2009;43(supl. 1):p. 79-84.

175 - Clark G. Discussing emotional health in pregnancy: the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Br J Community Nurs. 2000;5(2):p.91-98.

176 - Ribeiro JLP. Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. FPCE [Internet]. Porto; s.d. [atualizado 2016; citado 2016 junho 28]. Disponível em: http://www.fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/EFICACIA.htm.

177 - Foschiera F, Durman S. Desvelando o relacionamento de ajuda terapêutica com uma paciente em sofrimento psíquico. Rev Eletrônic Enferm. 2004;6(1):p.98-103.

178 - Santos MSS, Furegato ARF, Scatena MCM. Vivência e análise de ajuda terapêutica com cliente alcoolista. Cogitare Enferm. 2006;11(3):p.206-10.

179 - Travelbee J. Intervenciõn en enfermeria psiquiatrica. 2. ed. Columbia: Carvajal; 1979.

180 - Andrews L. Family Nurse Partnership: why supervision matters. Nurs Times. 2016;112(3-4):p.12-4.

181 - Beam RJ, O´Brien RA, Neal M. Reflective practice enhances public health nurse implementation of Nurse Family Partnership. Public Health Nurs. 2010;27(2)p.131-39.

182 - Ordway MR, Sadler LS, Dixon J, Close N, Mayes L, Slade A. Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: preliminary follow-up results of a randomized trial. J Pediatr Nurs. 2014;29(1):p.3-13.

183 - Family Nursing Partnership. Management Manual. Departament of Health. United Kingdom; 2012.

184 - Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELP. Promoção da Saúde da Criança, a experiência do Projeto Nossas Crianças: janelas de oportunidades. 1. ed. São Paulo: MSPrado, 2009.

185 - Sakamoto CK.O brincar da criança: criatividade e saúde. Boletim - Academia Paulista de Psicologia. 2008; 28(2):p.267-77.

186 - Silva SMM. Atividades lúdicas e crianças hospitalizadas por câncer: o olhar dos profissionais e das voluntárias. In E. Bomtempo, E. G. Antunha & V. B. Oliveira (oraganizadores). Brincando na escola, no hospital, na rua. Rio de Janeiro: Wak;2006.p.127-41.

187 - Rodrigues I, Maranhão DG. O brincar na assistência de enfermagem à criança hospitalizada. Rev Enferm UNISA. 2000;1:p.51-3.

188 - Fulgêncio L. O brincar como modelo do método de tratamento psicanalítico. Rev Bras Psic. 2008;42(1):p.124-36.

189 - Gisbur KR. The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. Pediatrics. 2007;119(1):p.182-91.

190 - Milteer RM, Ginsburg KR. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: focus on children in poverty. Pediatrics. 2012;129(1):p.204-13.

191 - Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. Pediatrics.2013;132(sup 2):p.80–9.

192 - Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR Jr, Cole R, Kitzman H et al. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. Arch Pediatr Adolesc Med.2010;164(1):p.9–15.

193 - Nievar MA, Van Egeren LA, Pollard S. A meta-analysis of home visiting programs: moderators of improvements in maternal behavior. Infant Ment Health J. 2010;31(5):p.499–520.

194 - Schraiber LB, Mota A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. In: Pereira IB, Lima JC. F. (organizadores). Dicionário da educação profissional em saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV;2008. p. 382-92.

195 - Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA (organizadores). Os sentidos da integralidade na atenção e cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.

196 - Trindade LL. Implicações de dois modelos assistenciais nas cargas de trabalho dos profissionais de saúde da AB. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;2011.

197 – Dodt RCM, Ximenes LB, Oria MOB. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. Acta paul. enferm.2012;25(2):p225-30.

198 - Amendola F, Alvarenga MRM, Gaspar JC, Yamashita CH, Oliveira MAC. Validade aparente de um índice de vulnerabilidade das famílias a incapacidade e dependência. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(sup. 2):p.1736-42.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA CONVITE AOS PROFISSIONAIS DE EMFERMAGEM

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Mestrado em Ciências (Cuidado em Saúde)
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP. 05403-000 – São Paulo - SP – Brasil **Telefone: (11) 3061-7533**

CARTA CONVITE

São Paulo – São Paulo,

Eu, Denise Gonçalves Moura Pinheiro, gostaria de convidá-lo (a) a ser um dos enfermeiros (a) a participar da validação de um programa de visita domiciliar chamado "Jovens Mães Cuidadoras", objeto de minha tese de Doutorado, sob supervisão da Profa. Dra Lislaine Aparecida Fracolli, docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Trata-se de um programa de intervenção voltado para a promoção do desenvolvimento infantil, cujos objetivos, de forma resumida, é estimular o vínculo mãe-bebê, melhorar a saúde da gestante e da criança promover a auto- suficiência econômica dos pais.

Desde já agradeço e estou à disposição para maiores esclarecimentos. Sua participação será fundamental para o sucesso desta pesquisa.

Atenciosamente,
Denise Pinheiro
Doutoranda da Escola de Enfermagem - EEUSP

APÊNDICE B – CARTA CONVITE AOS EXPERTS

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
Mestrado em Ciências (Cuidado em Saúde)
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP. 05403-000 – São Paulo - SP – Brasil **Telefone: (11) 3061-7533**

CARTA CONVITE

São Paulo – São Paulo,

Eu, Denise Gonçalves Moura Pinheiro, gostaria de convidá-lo (a) a ser um dos juízes da validação de um programa de visita domiciliar chamado "Young Mothers", objeto de minha tese de Doutorado. Trata-se de um programa de intervenção voltado para a promoção do desenvolvimento infantil, cujos objetivos, de forma resumida, é estimular o vínculo mãe-bebê, melhorar a saúde da gestante e da criança promover a auto- suficiência econômica dos pais.

Desde já agradeço e estou à disposição para maiores esclarecimentos. Sua participação será fundamental para o sucesso desta pesquisa.

Atenciosamente,
Denise Pinheiro
Doutoranda da Escola de Enfermagem - EEUSP

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Prezada Dr (a),

Convido a Sra a participar do projeto de pesquisa "Validação de um programa de visita domiciliar para a promoção do desenvolvimento infantil", de minha responsabilidade. Esta pequisa é parte da minha tese de doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra Lislaine Aparecida Fracolli.

A pesquisa pretende validar o programa "Jovens Mães Cuidadoras" através de duas fases de pesquisa: (1) Validação do conteúdo por enfermeiros e (2) Técnica Delphi – Validação de conteúdo do programa por especialistas/experts. Sua participação será na primeira fase da pesquisa.

Não se prevê desconforto maior que ocupar o seu tempo e a sua disponibilidade para a leitura do resumo do material, referente às diretrizes do programa, e, posteriormente, o preenchimento do questionário de avaliação de conteúdo do material, cujo procedimento não levará mais que uma hora. Não há risco diretamente relacionado a este processo.

Asseguro que o seu nome e os seus dados ficarão guardados comigo. A análise dos resultados será divulgada nos congressos científicos ou em revistas científicas, mas nunca saberão quem você é.

Conto com sua colaboração, agradecendo desde já.

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Denise Gonçalves Moura Pinheiro

Email: denisep@usp.br ou fisio_denise@hotmail.com

Telefones: (85) 99778-8133 e (85) 98699-9004

Email do Comitê de Ética e Pesquisa – EEUSP: edipesq@usp.br Telefone: (11) 3061-7548

Nº de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética da EEUSP: 1.105.407

Por gentileza, confirme se aceita ou não participar como enfermeiro nesta pesquisa:

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - EXPERTS

Prezado (a) Dr (a),

Convido o Sr.(a) a participar do projeto de pesquisa "Validação de um programa de visita domiciliar para a promoção do desenvolvimento infantil", de minha responsabilidade. Esta pequisa é parte da minha tese de doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob orientação da Profa. Dra Lislaine Aparecida Fracolli.

A pesquisa pretende validar o programa "Jovens Mães Cuidadoras" através de duas fases de pesquisa: (1) Validação do conteúdo por enfermeiros e (2) Técnica Delphi – Validação de conteúdo do programa por especialistas. Sua participação será na segunda fase da pesquisa.

Não se prevê desconforto maior que ocupar o seu tempo e a sua disponibilidade para a leitura do resumo do material, referente às diretrizes do programa, e, posteriormente, o preenchimento do questionário de avaliação de conteúdo do material, cujo procedimento não levará mais que uma hora. Não há risco diretamente relacionado a este processo.

Você receberá dois emails: (1) O primeiro formulário contém dados de identificação pessoal e profissional, a fim de traçarmos um perfil de respondentes do Delphi, e (2) o segundo formulário conterá perguntas inerentes à validação de conteúdo do programa.

Asseguro que o seu nome e os seus dados ficarão guardados comigo. A análise dos resultados será divulgada nos congressos científicos ou em revistas científicas, mas nunca saberão quem você é.

Conto com sua colaboração, agradecendo desde já.

Estou à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente,

Denise Gonçalves Moura Pinheiro

Email: denisep@usp.br ou fisio_denise@hotmail.com

Telefones: (85) 99778-8133 e (85) 98699-9004

Email do Comitê de Ética e Pesquisa – EEUSP: edipesq@usp.br Telefone: (11) 3061-7548

Nº de Aprovação do Projeto no Comitê de Ética da EEUSP: 1.105.407

Por gentileza, confirme se aceita ou não participar como expert nesta pesquisa.

APÊNDICE E – VERSÃO 1 DO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS – DELPHI 1

DIRETRIZES DO PROGRAMA - SÍNTESE

PROGRAMA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR "JOVENS MÃES CUIDADORAS"

Este programa de atenção a saúde, pretende aprimorar a assistência oferecida as gestantes adolescentes na AB. A opção pela "visita domiciliar" (VD) como alternativa tecnológica à consulta de enfermagem ou à abordagem em grupos se deve ao fato de a VD propiciar o estabelecimento de um vínculo maior entre o profissional e o usuário, além de propiciar um a melhor compreensão (por parte do profissional) das realidade vivida pelos usuários.

As metas desse programa de visitas domiciliares são:

• Aprimorar os resultados da assistência pré-natal e puerperal;

• Melhorar a saúde e o desenvolvimento social e cognitivo da criança;

• Estimular a auto-suficiência econômica da família.

Os objetivos:

- Melhorar os resultados da gravidez ajudando mulheres a aprimorar a saúde pré- natal;

- Melhorar saúde da criança e o desenvolvimento social e cognitivo preparando as mães (pais e familiares) para melhorar o vinculo com a criança e oferecer cuidado sensível e competente e

- Melhorar o curso de vida da mãe (e pais) ajudando-a a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.

Os princípios do programa são:

• A teoria da auto-eficácia

• A teoria ecológica

• A teoria do vínculo

RESULTADOS ESPERADOS PARA ESSE PROGRAMA:

1- Resultados em curto prazo:

Em relação as mulheres grávidas:

1. Aumento do numero das mulheres grávidas apresentando comportamentos de saúde adequados (frequência regular as consultas de pré-natal; higiene pessoal adequada; realização dos exames pré-natal; estado nutricional adequado) .

2. Diminuição do tabagismo durante a gravidez

3. Diminuição na hipertensão induzida pela gravidez

4. Aumento na utilização de recursos da comunidade para suporte das mulheres gro aos recém –nascidos:

1. Aumento no numero de recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais e peso acima de 2.500 gramas.

2. Diminuição de parto pré-termo entre as gestantes fumantes

3. Aumento de peso ao nascimento dos bebes nascidos de mães adolescentes (<17 anos)

4. Diminuição do comprometimento neurológico dos bebes

Em relação aos cuidados dos pais para com a criança:

1. Aumento no numero de mães (pais) que demonstram cuidado sensível e competente para bebês e crianças.

2. diminuição de praticas associadas a maus tratos à criança (deixar chorar no berço; dar "palmadas)

3. Diminuição de casos comprovados de abuso e negligência infantil

4. Diminuição da ocorrência de acidentes domésticos (quedas, ingestão de substancias nocivas)

5. Aumento do numero de ambientes domésticos estimulantes, ou seja, aumento de brincadeiras e jogos apropriados para a criança.

Em relação ao desenvolvimento infantil:

1. Aumento do numero de crianças com desenvolvimento adequado para idade e sexo.

2. Diminuição do atraso na linguagem e no desenvolvimento cognitivo/mental

3. Melhora nas interações mãe-criança / menos angústia aos estímulos de medo

Em relação ao curso de vida dos pais

- Aumento do numero de mães (pais) com planos construídos para sua auto-suficiência econômica.

- Diminuição do numero de gestações subsequentes e/ou maior espaçamento entre as gestações.

- Aumento do intervalo entre de tempo entre a 1 ª e 2 ª criança

- Aumento do número de mulheres empregadas durante o segundo ano de vida da criança

- Aumento do envolvimento do pai nos cuidados e apoio à criança

2- Resultados intermediários

Mudanças que resultarão ao longo do tempo a partir de resultados de curto prazo e são mensuráveis em um período de tempo posterior, geralmente dentro de 2-6 anos após a conclusão do programa:

Em relação a Primeira Infância (4-6 anos):

- Melhora no ambiente familiar (em termos de relações e de segurança) - Escore HOME

- Diminuição dos incidentes de lesões e ingestões observado em registros médicos (dados DATASUS)

- Aumento de escore no Preschool Language Scale

- Aumento nas pontuações no Executive Functioning Composite

- Diminuição dos problemas na faixa clínica no Achenbach CBCL

Em relação aos projetos de vida/Curso de vida dos pais (3-4 anos após a conclusão do programa):

- Diminuição do número de gravidezes

- Aumento do intervalo de tempo entre as gestações

- Diminuição do número de meses em programas sociais (auxílio desemprego, bolsa família)

- Aumento das taxas de convivência junto com o pai da criança

- Aumento das taxas de casamento e união estável

- Diminuição do abandono escolar (percentual de adolescentes que concluem o nível médio

3- Resultados em longo prazo

Impacto na Adolescência (15 anos):

- Diminuição dos relatórios de abuso e de negligência da criança 0-15 anos, verificado nos registros policiais

- Diminuição de prisões e adjudicação para comportamento incorrigível (por exemplo, a evasão escolar, destruição de propriedade)

Projeto de vida/Curso de vida dos pais (13 anos depois da conclusão do programa):

- Diminuição do número de filhos por família

- Diminuição da gravidez indesejada

- Maior intervalo de tempo entre a 1ª e a 2 ª criança

- Diminuição do número de meses dependentes de programas sociais (bolsa família, bolsa escola, auxílio desemprego)

- Diminuição das detenções e condenações

PREMISSAS BÁSICAS DA PROPOSTA DE VISITAÇÃO E AS AÇÕES DO ENFERMEIRO

Essas premissas devem servir de diretrizes para a abordagem das mães, pais, famílias e devem estar presentes em cada VD realizada pelo enfermeiro (a), em graus variados conforme a necessidade assistencial.

• Cuidados com a Saúde – O enfermeiro deve apoiar e estimular ações da mãe direcionadas a manutenção e ao aprimoramento da sua saúde e da saúde da criança. Para tanto deve realizar ações educativas e intervenções voltadas aos cuidados relativos a nutrição, exercício físico, uso de drogas e álcool e manutenção de seu bem-estar mental. No que tange a saúde da criança incluirá aspectos de nutrição, higiene, patologias comuns na infância, cuidados domésticos, vacinação, prevenção de acidentes, desenvolvimento neuropsicomotor, brincadeiras.

• Saúde ambiental - O enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar, conhecer e utilizar os recursos sociais que possam ajuda-la no cuidado a criança, no sentido de garantir moradia adequada e segura, creche e escola, acesso a serviços de saúde, apoio de sua comunidade, recursos de segurança e outros pontos da rede social de apoio a família.

• Desenvolvimento de seu curso de vida – Nessa perspectiva do cuidado o enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar objetivos relevantes para sua vida. Essas metas normalmente envolvem planos para a mãe completar sua educação, encontrar um emprego e adiar o nascimento de um segundo filho. As intervenções a serem realizadas devem sempre partir das

necessidades e interesses da mulher no sentido de resgatar seus outros papéis sociais, além é claro do de mãe.

• Desenvolver a “parentalidade” - O enfermeiro trabalha com a mãe (ou pai) para ajudá-la a desenvolver os conhecimentos e habilidades para apoiar com confiança a saúde e o desenvolvimento da criança. Utiliza para isso processos educativos para ajudar mães e pais na construção dos papéis de pai e mãe.

• Os amigos e a família - O enfermeiro trabalha com a mãe para ajuda-la a entender e gerenciar seus relacionamentos com os outros (incluindo seus próprios pais, o pai do bebê e outros membros da familia), de modo que eles sejam favoráveis à mãe e às necessidades da criança.

• Saúde e Serviço Social – O enfermeiro tem a tarefa de Certificar-se de que a mãe está tendo acesso aos serviços e recursos garantido pelas politicas publicas do país para atender às suas necessidades e as de seu filho. Para tanto precisa de um mapeamento adequado da rede de suporte social dessa família.

As visitas serão realizadas por enfermeiras treinadas, e segue um esquema dividido em blocos e temas a serem abordados durante o pré-natal, o puerpério, e até a criança completar dois anos de idade, totalizando, em média, um 58 a 63 visitas.

A- TEMAS A SEREM ABORDADOS DURANTES AS VISITAS 10-15 VISITAS NO PERÍODO DA GRAVIDEZ

(Considera-se que nesta fase é muito importante informar a mulher sobre o processo fisiológico que ela está vivendo, sobre como este processo deve ser conduzido e de como será seu desfecho. É preciso ainda prepará-la para o “novo” papel social que ela está prestes a realizar)

- Mudanças biopsicossociais durante a gestação

- Desenvolvimento do feto

- Pré-natal e riscos da gestação

- Hábitos saudáveis na gestação: Alimentação, atividade física, prevenção de acidentes, fumo e álcool

- Preparo para o parto e nascimento e primeiros cuidados com o bebe (MANUAL Brasil)

- Amamentação

- Direitos da gestante e da criança

- Suporte social e familiar da gestante, com especial enfoque para o envolvimento do “pai” do bebê.

- Vínculo materno-fetal

- Curso de vida e projeto de vida da gestante e da “nova” família

B) TEMAS A SEREM ABORDADOS NAS SEIS VISITAS DE PUERPÉRIO

(A fase do puerpério é o momento em que a mulher precisa ser “ajudada” a construir novas e diferentes relações com a família, o ambiente, o bebê e consigo mesma)

Temas a serem abordados:

- Pós-parto e puerpério;
- Cuidados com o bebê;
- Novos arranjos familiares;
- A (re) organização do domicilio

Objetivo:

Construir uma relação da criança com a família;

Promover pais/cuidadores que estão começando a conhecer e entender sua criança;

Garantir que a mãe (família) tenha apoio da rede social adequado (formal e informal) para atender às suas necessidades;

Acompanhar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;

Orientar e apoiar a família para a amamentação;

Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;

Avaliar a interação mãe-recém-nascido; Aplicar Escala de Edimburgo

Identificar situações de risco e tomar as atitudes pertinentes;

Orientar o planejamento familiar.

C- TEMAS A SEREM ABORDADOS DURANTES AS 36 VISITAS NO PERÍODO DE 2 MÊSES A 20 MESES DE VIDA DA CRIANÇA:

Temas a serem abordados:

- Desenvolvimento da criança
- Fatores de risco ao desenvolvimento saudável da criança
- Amamentação
- Alimentação
- Cuidados básicos com a criança
- Situações críticas
- Estimulação
- Educação
- Ambientes Seguros e saudáveis
- Acompanhamento no serviço de saúde
- Vacinação
- Acesso à direitos

Os instrumentos e escalas propostos para serem utilizados pelos enfermeiros nas visitas são:

- Escala de Auto- Eficácia Geral e Percebida
- Escala de Apego Materno - Fetal
- Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 1 (Enfermeiros)

Data: ____/____/____ nº_____

Nome do Instrumento: **Programa de Visitação Domiciliar "Jovens Mães Cuidadoras"**

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Letras iniciais do nome: _____

Idade:_____ Sexo: _____

Graduação 1: _____ Graduação 2 _____

Tempo de Formação: _____

Área : ( ) saúde mental ( ) saúde da criança ( ) saúde da mulher ( ) atenção basica ( ) outra

Tempo experiência na área: _____

Titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado

Especificar: _____

Parte 2 – INSTRUÇÕES

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

Valoração:

1- Totalmente inadequado; 2- Parcialmente adequado;

3 – Adequado; 4- Totalmente Adequado.

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado aos comentários e sugestões.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1 – FINALIDADE – Refere-se aos propósitos, objetivos ou afins que se deseja atingir com o programa.

1.1 Os objetivos do programa se alinham a uma proposta inovadora de assistência integral na AB	**1**	**2**	**3**	**4**
1.2 Os princípios do programa oferecem suporte teórico para o enfermeiro realizar a intervenção				
1.3 As premissas oferecem diretrizes claras as ações durante a assistência/intervenção				
1.4 O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção				
1.5 É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro				

2 – TEMAS E AÇÕES PROPOSTAS – Refere-se à forma de apresentação do conteúdo do programa. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação e coerência.

2.1 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	**1**	**2**	**3**	**4**
2.2 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente				
2.3 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente				
2.4 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar				
2.5 Os temas e ações relacionados ao curso de vida oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente				
2.6 A descrição do “que fazer” em cada visita domiciliaria está clara				
2.7 Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros				

3-ESTILO DA ESCRITA – Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do material apresentado

3.1 A ordenação dos conteúdos e ações	**1**	**2**	**3**	**4**
3.2 Clareza do texto				
3.3 O vocabulário utilizado				
3.4 Extensão do material				
3.5 Complexidade do texto				

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE G – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO 1 (Experts)

Data: ____/____/____ nº_____

Nome do Instrumento: **Programa de Visitação Domiciliar "Young Mothers"**

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Idade:_____ Sexo: _____

Profissão: _____ Tempo de Formação: _____

Área de Trabalho: _____

Função/Cargo na Instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Especificar: _____

Parte 2 – INSTRUÇÕES

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

Valoração:

1- Totalmente inadequado; 2- Parcialmente adequado;

3 – Adequado; 4- Totalmente Adequado

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado comentários e sugestões.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1 – OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou afins que se deseja atingir com o conteúdo do programa.

1.1 Potencial de inovação das metas para a assistência de enfermagem para a gestante adolescente	**1**	**2**	**3**	**4**
1.2 Clareza dos objetivos				
1.3 Pertinência dos objetivos				
1.4 Pertinência do referencial teórico, descrito nos princípios, para as metas e objetivos do programa				
1.5 Premissas básicas capazes de orientar a prática assistencial do enfermeiro na VD				
1.6 Resultados exequíveis a curto prazo				
1.7 Resultados exequíveis a médio prazo				
1.8 Resultados exequíveis a longo prazo				
1.9 O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção				

2 – TEMAS E AÇÕES PROPOSTAS – Refere-se a formar de apresentar as orientações. Isto inclui suas orientações gerais, estrutura, estratégia de apresentação e coerência.

2.1 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	**1**	**2**	**3**	**4**
2.2 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente				
2.3 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente				
2.4 Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar				
2.5 Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais				

2.6 é importante realizar treinamento dos enfermeiros para atuarem nesse programa				

3 – RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do conteúdo do programa apresentado

3.1 Abrange temática relevante para a promoção do desenvolvimento infantil	**1**	**2**	**3**	**4**
3.2 Aborda premissas importantes para a prática do enfermeiro				
3.3 Trata-se de uma tecnologia inovadora				
3.4 É uma combinação de saberes e praticas próprias do enfermeiro				
3.5 Tem potencial de escalabilidade				
3.6 trata-se de uma abordagem que integra saberes interdisciplinares				
3.7 ressalta a pratica clinica do enfermeiro				

4-ESTILO DA ESCRITA – Refere-se à característica linguística, compreensão e estilo da escrita do material apresentado

4.1 A ordenação dos conteúdos e ações	**1**	**2**	**3**	**4**
4.2 Clareza do texto				
4.3 O vocabulário utilizado				
4.4 extensão do material				
4.5 Complexidade do texto				
4.6 Linguagem comum para os profissionais				

COMENTÁRIOS GERAIS E SUGESTÕES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

APÊNDICE H – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO – PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – GOOGLE DOCS

Residentes_Identificação

Nome do Instrumento: Programa de Visitação Domiciliar "Jovens Mães Cuidadoras"

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

1. **Letras Iniciais do Nome**

_____

2. **Sexo**
Mark only one oval.

- ( ) Masculino
- ( ) Feminino

3. **Idade**

_____

4. **Tempo de Graduação (anos)**
Check all that apply.

- [ ] Até 5 anos
- [ ] Entre 5 e 10 anos
- [ ] Entre 10 e 15 anos
- [ ] Mais de 15 anos

5. **Área da Residência**
Mark only one oval.

- ( ) Enfermagem na Atenção Básica na Saúde da Família
- ( ) Enfermagem Obstétrica
- ( ) Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente
- ( ) Other: _____

6. **Tempo de Experiência na área (anos)**

_____

7. **Titulação**

Mark only one oval.

- ( ) Especialização
- ( ) Mestrado
- ( ) Doutorado
- ( ) Não se aplica

APÊNDICE I – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO – EXPERTS

Delphi_Experts_Identificação

Nome do Instrumento: Programa de Visitação Domiciliar "Jovens Mães Cuidadoras"

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

1. **Idade**

2. **Letras Inicias do Nome**

3. **Sexo**
   Mark only one oval.
   - Masculino
   - Feminino

4. **Graduação**

5. **Tempo de Graduação**
   Mark only one oval.
   - Entre 5 a 10 anos
   - Entre 10 a 15 anos
   - Mais de 15 anos

6. **Área de atuação**
   Mark only one oval.
   - Saúde Mental
   - Saúde da Criança
   - Saúde da Mulher
   - Saúde da Família

7. **Função/Cargo na Instituição**

_____

8. **Tempo de trabalho na área**
Mark only one oval.

- ( ) Até 5 anos
- ( ) Entre 5 e 10 anos
- ( ) Entre 10 e 15 anos
- ( ) Mais de 15 anos

APÊNDICE J – FORMULÁRIO DE RESPOSTAS – PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – 1ª RODADA

Delphi_Residentes_Programa

Parte 2 – INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a síntese do programa abaixo.
Em seguida, analise o instrumento de intervenção, escolhendo uma das alternativas propostas. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:
1-Totalmente inadequado;
2- Parcialmente adequado;
3 – Adequado;
4- Totalmente Adequado

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado comentários e sugestões.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

Muito obrigada por sua valiosa contribuição!

1. **Os objetivos do programa se alinham a uma proposta inovadora de assistência integral na AB**
   Mark only one oval.
   - ( ) Totalmente inadequado
   - ( ) Parcialmente adequado
   - ( ) Adequado
   - ( ) Totalmente adequado

2. **Comentários e Observações, se for o caso:**

   _____

   _____

   _____

3. **Os princípios do programa oferecem suporte teórico para o enfermeiro realizar a intervenção**
Mark only one oval.

- Totalmente inadequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente adequado

4. **Comentários e Observações, se for o caso:**

5. **As premissas oferecem diretrizes claras as ações durante a assistência/intervenção**
Mark only one oval.

- Totalmente inadequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente adequado

6. **Comentários e Observações, se for o caso:**

7. **O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

8. **Comentários e Observações, se for o caso:**

9. **É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro ?**
Mark only one oval.

- Totalmente inadequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente adequado

10. **Comentários e Observações, se for o caso:**

11. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente Adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

12. **Comentários e Observações, se for o caso:**

13. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

14. **Comentários e Observações, se for o caso:**

15. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

16. **Comentários e Observações, se for o caso:**

17. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

18. **Comentários e Observações, se for o caso:**

19. **Os temas e ações relacionados ao curso de vida oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

20. **Comentários e Observações, se for o caso:**

21. **A descrição do "que fazer" em cada visita domiciliar está clara**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

22. **Comentários e Observações, se for o caso:**

23. **Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros**

Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

24. **Comentários e Observações, se for o caso:**

25. **A ordenação dos conteúdos e ações**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

26. **Comentários e Observações, se for o caso:**

27. **Clareza do texto**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

28. **Comentários e Observações, se for o caso:**

29. **O vocabulário utilizado**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

30. **Comentários e Observações, se for o caso:**

31. **Extensão do material**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

32. **Comentários e Observações, se for o caso:**

33. **Complexidade do texto**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

34. **Comentários e Observações, se for o caso:**

APÊNDICE K – FORMULÁRIO DE RESPOSTAS – EXPERTS – 1ª RODADA

Delphi_Experts_Programa

Parte 2 – INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a síntese do programa abaixo.
Em seguida, analise o instrumento de intervenção, escolhendo uma das alternativas propostas. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:
1-Totalmente inadequado;
2- Parcialmente adequado;
3 – Adequado;
4- Totalmente Adequado

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado comentários e sugestões.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. **Potencial de inovação das metas para a assistência de enfermagem para a gestante adolescente**
   Mark only one oval.

   - ( ) Totalmente inadequado
   - ( ) Parcialmente adequado
   - ( ) Adequado
   - ( ) Totalmente adequado

2. **Comentários e Observações, se for o caso:**

   _____

   _____

   _____

   _____

   _____

3. **Clareza dos objetivos**
Mark only one oval.

- Totalmente inadequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente adequado

4. **Comentários e Observações, se for o caso:**

5. **Pertinência dos objetivos**
Mark only one oval.

- Totalmente inadequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente adequado

6. **Comentários e Observações, se for o caso:**

7. **Pertinência do referencial teórico, descrito nos princípios, para as metas e objetivos do programa**
Mark only one oval.

- ( ) Totalmente adequado
- ( ) Parcialmente adequado
- ( ) Adequado
- ( ) Totalmente inadequado

8. **Comentários e Observações, se for o caso:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9. **Premissas básicas capazes de orientar a prática assistencial do enfermeiro na VD**
Mark only one oval.

- ( ) Totalmente inadequado
- ( ) Parcialmente adequado
- ( ) Adequado
- ( ) Totalmente adequado

10. **Comentários e Observações, se for o caso:**

_____

_____

_____

_____

_____

11. **Resultados exequíveis a curto prazo**
Mark only one oval.

- ( ) Totalmente adequado
- ( ) Parcialmente Adequado

- Adequado
- Totalmente inadequado

12. **Comentários e Observações, se for o caso:**

13. **Resultados exequíveis a médio prazo**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

14. **Comentários e Observações, se for o caso:**

15. **Resultados exequíveis a longo prazo**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

16. **Comentários e Observações, se for o caso:**

17. **O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

18. **Comentários e Observações, se for o caso:**

19. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

20. **Comentários e Observações, se for o caso:**

21. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

22. **Comentários e Observações, se for o caso:**

_____

_____

_____

_____

_____

23. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

24. **Comentários e Observações, se for o caso:**

_____

_____

_____

_____

_____

25. **Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

26. **Comentários e Observações, se for o caso:**

27. **Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

28. **Comentários e Observações, se for o caso:**

29. **É importante realizar treinamento dos enfermeiros para atuarem nesse programa**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

30. **Comentários e Observações, se for o caso:**

31. **Abrange temática relevante para a promoção do desenvolvimento infantil**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

32. **Comentários e Observações, se for o caso:**

33. **Aborda premissas importantes para a prática do enfermeiro**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

34. **Comentários e Observações, se for o caso:**

35. **Trata-se de uma tecnologia inovadora**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

36. **Comentários e Observações, se for o caso:**

37. **É uma combinação de saberes e práticas próprias do enfermeiro**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

38. **Comentários e Observações, se for o caso:**

39. **Tem potencial de escalabilidade**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

40. **Comentários e Observações, se for o caso:**

41. **Trata-se de uma abordagem que integra saberes interdisciplinares**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

42. **Comentários e Observações, se for o caso:**

43. **Ressalta a prática clínica do enfermeiro**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

44. **Comentários e Observações, se for o caso:**

45. **Ordenação dos conteúdos e ações**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

46. **Comentários e Observações, se for o caso:**

47. **Clareza do texto**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

48. **Comentários e Observações, se for o caso:**

49. **Vocabulário utilizado**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

50. **Comentários e Observações, se for o caso:**

51. **Extensão do material**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

52. **Comentários e Observações, se for o caso:**

53. **Complexidade do texto**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

54. **Comentários e Observações, se for o caso:**

55. **Linguagem comum para os profissionais**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

56. **Comentários e Observações, se for o caso:**

57. **Muito obrigada por sua valiosa contribuição!**

APÊNDICE L: FORMULÁRIO DE RESPOSTAS – EXPERTS – 2ª RODADA

Experts_2ª Rodada

INSTRUÇÕES

Leia minuciosamente a síntese do programa abaixo.
Em seguida, analise o instrumento de intervenção, escolhendo uma das alternativas propostas. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente o grau em cada critério abaixo:

Valoração:
1-Totalmente inadequado;
2- Parcialmente adequado;
3 – Adequado;
4- Totalmente Adequado

Para as opções 1 e 2, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado comentários e sugestões.

OBS: Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é sua opinião. Por favor, responda a todos os itens.

1. **Resultados exequíveis a médio prazo**
   Mark only one oval.
   - ( ) Totalmente adequado
   - ( ) Parcialmente adequado
   - ( ) Adequado
   - ( ) Totalmente inadequado

2. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

   .....

3. **Resultados exequíveis a longo prazo**
   Mark only one oval.
   - ( ) Totalmente adequado
   - ( ) Parcialmente adequado
   - ( ) Adequado
   - ( ) Totalmente inadequado

4. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

   .....

5. **• O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência/intervenção**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

6. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

.....

7. **• Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais?**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

8. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

.....

9. **Clareza do texto**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

10. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

.....

11. **Vocabulário utilizado**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

12. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

.....

13. **Linguagem comum para os profissionais**
Mark only one oval.

- Totalmente adequado
- Parcialmente adequado
- Adequado
- Totalmente inadequado

14. **Comentários e sugestões, se for o caso:**

.....

15. **Muito obrigada por sua valiosa contribuição!**
(Por gentileza, coloque suas iniciais aqui, para que possamos ter o controle das respostas)

.....

APÊNDICE M – ESCLARECIMENTOS E DEVOLUTIVAS AOS EXPERTS PARA SEGUNDA RODADA, DELPHI

Esclarecimentos e devolutivas aos juízes/especialistas em relação à 2ª rodada da validação de conteúdo do Programa "Jovens Mães Cuidadoras", São Paulo, Brasil.

Conforme previamente estabelecido nos critérios metodológicos do projeto, consideramos um índice de concordância de 75% ou mais para cada item do formulário para que o item fosse considerado válido. Após a análise dos dados, constatou-se a necessidade de mais uma rodada deste Delphi, e os itens que obtiveram índice e concordância abaixo do número supracitado (75%) foram:

- Resultados exequíveis a médio prazo;
- Resultados exequíveis a longo prazo;
- O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência/intervenção;
- Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais?;
- Clareza do texto;
- Vocabulário utilizado;
- Linguagem comum para os profissionais.

✓ Este programa de atenção à saúde, denominado por nós de Jovens Mães Cuidadoras se constitui como uma tecnologia inovadora na medida em que pretende trabalhar com o binômio mãe/bebê na perspectiva de aumentar o vínculo e a interação.

✓ Vale salientar, e esclarecer, que o programa será realizado por enfermeiros previamente treinados pelos idealizadores do programa (docentes e pesquisadores da área de intervenções na primeira infância) e que ficarão exclusivamente trabalhando no programa, ou seja, os profissionais desenvolverão suas atividades independentes e paralelamente ao cotidiano de trabalho da unidade básica/ESF.

✓ O conteúdo do programa Jovens Mães Cuidadoras foi baseado em três programas: *Nursing Family Partnership* (EUA), Infância Saudável (Brasil, Núcleo de Estudos da Violência – NEV – USP) e *Minding The Baby* (EUA). O esquema de visitas proposto, portanto, segue uma linha metodológica que o NFP propõe. Este referido programa existe nos Estados Unidos há mais de 35 anos, foi e continua sendo reproduzido ao redor do mundo, com resultados e benefícios comprovados em pesquisas.

✓ Compreendemos que os itens (1) resultados a médio prazo, (2) resultados a longo prazo, e (3) O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência/intervenção apresentaram baixo índice de concordância (71,4%) devido ao não – conhecimento da íntegra do conteúdo do programa e sobre quais outros programas e/ou tecnologias o Joves Mães Cuidadoras está alicerçado.

✓ Em relação ao item: "Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais" um especialista pediu para explicar melhor como são

utilizadas as escalas e se são pertinentes ou não, e outro especialista diz não conhecer todas o suficiente para avaliar o item completamente. As escalas que elencamos para o programa (Escala de Auto-Eficácia Geral e Percebida, Escala de Apego Materno – Fetal e Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) também já são escalas utilizadas nos "programas-bases" do Jovens Mães, e acreditamos que serão de fácil aplicabilidade e compreensão pelos enfermeiros do programa (como dito anteriormente, serão treinados para tal fim). Um especialista argumentou que essas escalas abordam aspectos individuais e a proposta do programa é ampla, e deveria articular-se a avaliações mais abrangentes. Sim, achamos pertinente esta colocação, no entanto, chamamos a atenção para o fato de que essas escalas estarão sendo aplicadas e avaliadas dentro de um contexto, ou seja, serão somente mais um item dentro de uma gama de recursos que o enfermeiro disporá para trabalhar com as gestantes.

- ✓ Os itens "Clareza do texto" e "Vocabulário utilizado", embora recebessem índice de concordância entre os experts de (66,7%) e (71,4%), respectivamente, abaixo do esperado (75%), só apresentou na seção "comentários e sugestões, se for o caso" por parte de um especialista, que sugeriu que "alguns pontos precisam ser melhor explicados, como o uso das escalas de avaliação" (*sic*). Conforme apresentado no início do formulário, optamos por fazer o Delphi com uma síntese das diretrizes do programa, visto que se colocássemos na íntegra o conteúdo do programa, provavelmente teríamos uma baixa adesão à pesquisa e não garantiríamos a objetividade das respostas dos especialistas. No entanto, estes itens já podem ser avaliados dentro da síntese que apresentamos.

- ✓ O item "linguagem comum para os profissionais" obteve concordância entre os especialistas abaixo do esperado (71,4%), no entanto, nenhum formulário preenchido apresentava comentários e observações. Desta forma, para que possamos analisar e, se necessário alterar essa linguagem, precisamos que os experts apresentem ou discutam o porquê que a linguagem não é considerada comum para os profissionais.

APÊNDICE N: SEGUNDA VERSÃO DAS DIRETRIZES DO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS – 2ª RODADA - DELPHI

DIRETRIZES DO PROGRAMA - SÍNTESE

PROGRAMA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR "JOVENS MÃES CUIDADORAS"

Este programa de atenção a saúde pretende aprimorar a assistência oferecida as gestantes adolescentes na AB. A opção pela "visita domiciliar" (VD) como alternativa tecnológica à consulta de enfermagem ou à abordagem em grupos se deve ao fato de a VD propiciar o estabelecimento de um vínculo maior entre o profissional e o usuário, além de propiciar um a melhor compreensão (por parte do profissional) da realidade vivida pelos usuários.

As metas desse programa de visitas domiciliares são:

- Aprimorar os resultados da assistência pré-natal e puerperal;
- Melhorar a saúde e o desenvolvimento social e cognitivo da criança;
- Estimular a autossuficiência econômica da família.

Os objetivos:

- Melhorar os resultados da gravidez ajudando mulheres a aprimorar a saúde pré-natal;
- Melhorar saúde da criança e o desenvolvimento social e cognitivo preparando as mães (pais e familiares) para melhorar o vínculo com a criança e oferecer cuidado sensível e competente e
- Melhorar o curso de vida da mãe (e pais) ajudando-a a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.

Os princípios do programa são:

- A teoria da auto-eficácia

- A teoria ecológica

- A teoria do vínculo

RESULTADOS ESPERADOS PARA ESSE PROGRAMA:

1- Resultados em curto prazo:

Em relação as mulheres grávidas:

1. Aumento do número das mulheres grávidas apresentando comportamentos de saúde adequados (frequência regular as consultas de pré-natal; higiene pessoal adequada; realização dos exames pré-natal; estado nutricional adequado) .
2. Diminuição do tabagismo durante a gravidez
3. Diminuição na hipertensão induzida pela gravidez
4. Aumento na utilização de recursos da comunidade para suporte das mulheres grávidas

Em relação aos recém-nascidos:

1. Aumento no número de recém-nascidos com idade gestacional de 37 semanas ou mais e peso acima de 2.500 gramas.
2. Diminuição de parto pré-termo entre as gestantes fumantes
3. Aumento de peso ao nascimento dos bebes nascidos de mães adolescentes (<19 anos)
4. Diminuição do comprometimento neurológico dos bebes

Em relação aos cuidados dos pais para com a criança:

1. Aumento no número de mães (pais) que demonstram cuidado sensível e competente para bebês e crianças.
2. diminuição de práticas associadas a maus tratos à criança (deixar chorar no berço; dar "palmadas)
3. Diminuição de casos comprovados de abuso e negligência infantil
4. Diminuição da ocorrência de acidentes domésticos (quedas, ingestão de substancias nocivas)
5. Aumento do número de ambientes domésticos estimulantes, ou seja, aumento de brincadeiras e jogos apropriados para a criança.

Em relação ao desenvolvimento infantil:

1. Aumento do número de crianças com desenvolvimento adequado para idade e sexo.
2. Diminuição do atraso na linguagem e no desenvolvimento cognitivo/mental
3. Melhora nas interações mãe-criança / menos angústia aos estímulos de medo

Em relação ao curso de vida dos pais

- Aumento do número de mães (pais) com planos construídos para sua auto-suficiência econômica.
- Diminuição do número de gestações subsequentes e/ou maior espaçamento entre as gestações.
- Aumento do intervalo entre de tempo entre a 1 ª e 2 ª criança
- Aumento do número de mulheres empregadas durante o segundo ano de vida da criança
- Aumento do envolvimento do pai nos cuidados e apoio à criança

2- Resultados intermediários

Mudanças que resultarão ao longo do tempo a partir de resultados de curto prazo e são mensuráveis em um período de tempo posterior, geralmente dentro de 2-6 anos após a conclusão do programa:

Em relação a Primeira Infância (4-6 anos):

- Melhora no ambiente familiar (em termos de relações e de segurança) - Escore HOME
- Diminuição dos incidentes de lesões e ingestões observado em registros médicos (dados DATASUS)
- Aumento de escore no Preschool Language Scale
- Aumento nas pontuações no Executive Functioning Composite
- Diminuição dos problemas na faixa clínica no Achenbach CBCL

Em relação aos projetos de vida/Curso de vida dos pais (3-4 anos após a conclusão do programa):
- Diminuição do número de gravidezes
- Aumento do intervalo de tempo entre as gestações
- Diminuição do número de meses em programas sociais (auxílio desemprego, bolsa família)
- Aumento das taxas de convivência junto com o pai da criança
- Aumento das taxas de casamento e união estável
- Diminuição do abandono escolar (percentual de adolescentes que concluem o nível médio

3- Resultados em longo prazo
Impacto na Adolescência (15 anos):
- Diminuição dos relatórios de abuso e de negligência da criança 0-15 anos, verificado nos registros policiais
- Diminuição de prisões e adjudicação para comportamento incorrigível (por exemplo, a evasão escolar, destruição de propriedade)

Projeto de vida/Curso de vida dos pais (13 anos depois da conclusão do programa):
- Diminuição do número de filhos por família
- Diminuição da gravidez indesejada
- Maior intervalo de tempo entre a 1ª e a 2 ª criança
- Diminuição do número de meses dependentes de programas sociais (bolsa família, bolsa escola, auxílio desemprego)
- Diminuição das detenções e condenações

PREMISSAS BÁSICAS DA PROPOSTA DE VISITAÇÃO E AS AÇÕES DO ENFERMEIRO

Essas premissas devem servir de diretrizes para a abordagem das mães, pais, famílias e devem estar presentes em cada VD realizada pelo enfermeiro (a), em graus variados conforme a necessidade assistencial.

• Cuidados com a Saúde – O enfermeiro deve apoiar e estimular ações da mãe direcionadas a manutenção e ao aprimoramento da sua saúde e da saúde da criança. Para tanto deve realizar ações educativas e intervenções voltadas aos cuidados relativos a nutrição, exercício físico, uso de drogas e álcool e manutenção de seu bem-estar mental. No que tange a saúde da criança incluirá aspectos de nutrição, higiene, patologias comuns na infância, cuidados domésticos, vacinação, prevenção de acidentes, desenvolvimento neuropsicomotor, brincadeiras.

• Saúde ambiental - O enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar, conhecer e utilizar os recursos sociais que possam ajuda-la no cuidado a criança, no sentido de garantir moradia adequada e segura, creche e escola, acesso a serviços de saúde, apoio de sua comunidade, recursos de segurança e outros pontos da rede social de apoio a família.

• Desenvolvimento de seu curso de vida – Nessa perspectiva do cuidado o enfermeiro deve ajudar a mãe a identificar objetivos relevantes para sua vida. Essas metas normalmente envolvem planos para a mãe completar sua educação, encontrar um emprego e adiar o nascimento de um segundo filho. As intervenções a serem realizadas devem sempre partir das necessidades e interesses da mulher no sentido de resgatar seus outros papéis sociais, além é claro do de mãe.

• Desenvolver a "parentalidade" - O enfermeiro trabalha com a mãe (ou pai) para ajudá-la a desenvolver os conhecimentos e habilidades para apoiar com confiança a saúde e o desenvolvimento da criança. Utiliza para isso processos educativos para ajudar mães e pais na construção dos papéis de pai e mãe.

• Os amigos e a família - O enfermeiro trabalha com a mãe para ajudá-la a entender e gerenciar seus relacionamentos com os outros (incluindo seus próprios pais, o pai do bebê e outros membros da família), de modo que eles sejam favoráveis à mãe e às necessidades da criança.

• Saúde e Serviço Social – O enfermeiro tem a tarefa de Certificar-se de que a mãe está tendo acesso aos serviços e recursos garantido pelas políticas públicas do país para atender às suas necessidades e as de seu filho. Para tanto precisa de um mapeamento adequado da rede de suporte social dessa família.

As visitas serão realizadas por enfermeiras treinadas, e segue um esquema dividido em blocos e temas a serem abordados durante o pré-natal, o puerpério, e até a criança completar dois anos de idade, totalizando, em média, um 58 a 63 visitas. O esquema proposto pode ser visualizado abaixo:

ESTRATÉGIA OPERACIONAL DO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS

Cada enfermeiro será responsável pelo acompanhamento de 15 gestantes. As visitas domiciliares deverão ser realizadas, preferencialmente, de segunda a sexta-feira. Cada gestante terá um caderno de atendimento onde se registrará o que aconteceu em cada VD, o que vai ser programada para a próxima. Cada enfermeiro deverá reservar um dia da semana para a realização de encontro de supervisão. Serão supervisores dos enfermeiros, uma enfermeira com expertise na área e um psicólogo. Os encontros de supervisão têm como objetivo discutir os casos, analisar as intervenções propostas e fornecer educação continuada.

Antes de iniciar o programa de visitas os enfermeiros deverão passar por um treinamento de 60 hs, com atividades teórico-praticas e esse treinamento deverá ser complementado por supervisões semanais.

O conteúdo do treinamento irá apresentar alguns instrumentos, como genograma e ecomapa, escalas (Edimburgo, apego materno-fetal), temas nas áreas de: assistência pré natal; saúde mental e comunicação terapêutica; desenvolvimento infantil. Cada gestante assistida deverá ter uma pasta-prontuário com o registro das intervenções.

Teremos o treinamento formal de 60hs, e a supervisão. A supervisão é uma forma de garantir a formação pedagógica, tirando dúvidas, a supervisão tem o duplo caráter, garantir a capacitação em serviço e garantir apoio psicológico. Deve contar com a presença de uma enfermeira e de uma psicóloga. E a psicóloga ajudara na dimensão técnica da abordagem psicológica com a mãe/família.

A- TEMAS A SEREM ABORDADOS DURANTES AS VISITAS 10-15 VISITAS NO PERÍODO DA GRAVIDEZ

(Considera-se que nesta fase é muito importante informar a mulher sobre o processo fisiológico que ela está vivendo, sobre como este processo deve ser conduzido e de como será seu desfecho. É preciso ainda prepará-la para o “novo” papel social que ela está prestes a realizar)

- Mudanças biopsicossociais durante a gestação
- Desenvolvimento do feto
- Pré-natal e riscos da gestação
- Hábitos saudáveis na gestação: Alimentação, atividade física, prevenção de acidentes, fumo e álcool
- Preparo para o parto e nascimento e primeiros cuidados com o bebe (MANUAL Brasil)

- Amamentação

- Direitos da gestante e da criança

- Suporte social e familiar da gestante, com especial enfoque para o envolvimento do “pai” do bebê.

- Vínculo materno-fetal

- Curso de vida e projeto de vida da gestante e da “nova” família

B) TEMAS A SEREM ABORDADOS NAS SEIS VISITAS DE PUERPÉRIO

(A fase do puerpério é o momento em que a mulher precisa ser “ajudada” a construir novas e diferentes relações com a família, o ambiente, o bebê e consigo mesma)

Temas a serem abordados:

-Pós-parto e puerpério;

-Cuidados com o bebê;

-Novos arranjos familiares;

-A (re) organização do domicilio

- Construir uma relação da criança com a família;

- Propiciar que a mãe (família) tenha apoio da rede social adequado (formal e informal) para atender às suas necessidades;

- Estado de saúde da mulher e do recém-nascido;

- Amamentação

- Interação mãe-recém-nascido;

- Situações de risco e tomar as atitudes pertinentes;

- Planejamento familiar.

C- TEMAS A SEREM ABORDADOS DURANTES AS 36 VISITAS NO PERÍODO DE 2 MÊSES A 20 MESES DE VIDA DA CRIANÇA:

Temas a serem abordados:

- Desenvolvimento da criança

- Fatores de risco ao desenvolvimento saudável da criança

- Amamentação

- Alimentação

- Cuidados básicos com a criança

- Situações críticas
- Estimulação
- Educação
- Ambientes Seguros e saudáveis
- Acompanhamento no serviço de saúde
- Vacinação
- Acesso à direitos
- Brinquedos e brincadeiras
- Interacao mae criqnca
- Participação do pai e outros familiares e cuidadores
- Patologias mais comuns durante o período

Os instrumentos e escalas propostos para serem utilizados pelos enfermeiros nas visitas são:

- **Escala de Auto- Eficácia Geral e Percebida**: Essa Escala foi construída por Schwarzer e Jerusalém no ano de 1995, para avaliar um senso geral de Autoeficácia percebida com o objetivo de predizer a capacidade de superar as dificuldades diárias como também a adaptação depois de experimentar todos os tipos de eventos estressantes da vida. Validada para o português em 2004, possui 10 itens, como por exemplo " colocar anexo,composta escores..

- **Escala de Apego Materno – Fetal:** A Escala constitui-se um instrumento com pontuação do tipo Likert, contendo 24 itens, com cinco possibilidades de respostas: quase sempre, frequentemente, às vezes, raramente e nunca, cuja pontuação varia de 5 a 1, respectivamente. A escala apresenta cinco sub-escalas (diferenciando-se do feto; interação com o feto; atribuindo características ao feto; entregando-se ao feto e desempenhando um papel) e os resultados podem ser: apego mínimo, apego médio e apego máximo. (em anexo)

- **Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPD**S): A EPDS mede a presença e intensidade de sintomas depressivos nos últimos sete dias pós-parto. Sua aplicação é rápida e simples, podendo ser utilizada por profissionais da área de saúde. É uma escala auto-aplicável, constando de dez itens, divididos em quatro graduações (0 a 3).

APÊNDICE O: MANUAL DE VISITAÇÃO DOMICILIAR DO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS

MANUAL DE CAPACITAÇÃO PARA OS ENFERMEIROS VISITADORES DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO DOMICILIAR "JOVENS MÃES CUIDADORAS"

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....3

2 INTRODUÇÃO.....4

3 OBJETIVOS DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO YOUNG MOTHERS.....5

4 TEORIAS DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO YOUNG MOTHERS 5

5 PREMISSAS DO PROGRAMA DE VISITAÇÃO YOUNG MOTHERS 6

6 A VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS.....7

7 VISITA DOMICILIAR NO PRÉ-NATAL.....12

8 VISITA DOMICILIAR DURANTE O PUERPÉRIO.....23

9 VISITA DOMICILIAR NO PERÍODO DOS 02 AOS MESES.....27

REFERÊNCIAS…….....44

ANEXO A.....47

ANEXO B.....56

ANEXO C.....70

1 APRESENTAÇÃO

Neste manual de capacitação serão discutidos diferentes temas associados a gravidez na adolescência sob a perspectiva da construção de competências maternas, vínculos e cuidados responsivos com bebê e família.

Este manual servirá para uso no dia a dia no trabalho dos enfermeiros (as) visitadores, no preparo para visitas domiciliares (VD) e também para elaborar estratégias para cada família, considerando os aspectos do desenvolvimento da criança ou pais adolescentes, que podem ser úteis.

Desta forma, entende-se que um Programa de visitação as gestantes adolescentes, família e seus bebês no ambiente onde vivem, fortalece a assistência oferecida a essas gestantes na Atenção Básica através da valorização das “competências” maternas para o cuidado a saúde da criança, nos aspectos físico e mental.

Assim, oferecemos este Manual de Capacitação para Enfermeiras Visitadoras baseado no Programa Jovens Mães Cuidadoras, como uma ferramenta técnica adicional, com o intuito de buscar subsídios gerais e específicos, a fim de aprimorar a assistência oferecida às necessidades de saúde á gestantes e seus respectivos bebês.

2 INTRODUÇÃO

O objetivo do Programa de Visitação Jovens mães cuidadoras é promover e fomentar um vínculo seguro entre mãe e bebê, e a partir dessa relação "de vinculo positivo" melhorar os cuidados oferecidos pela mãe ao bebe (seja antes do nascimento – intraútero – ou após o nascimento).

Essa relação de confiança e vínculo, muitas vezes, serve como um momento único para refazer, novos elos, novos encontros e interações que fortaleça e estabeleça a autoconfiança, autonomia e relações seguras a essas adolescentes que por vezes, nunca obtiveram ou foram perdidas ao longo da sua vida, ou por perdas precoces ou por terem ter tido relações de vínculo inseguras.

O programa de visitação "Jovens Mães Cuidadoras"**,** foi desenvolvido no Brasil em 2014 no município de São Paulo tem como **bases teóricas** quatro experiências de visitação domiciliar: o *Family Nursing Partnership*, a "Infância Saudável", o *Minding the baby* e o Projeto "Nossas crianças: Janelas de Oportunidades" [2,3.]

O foco da intervenção no Programa são as adolescentes de baixa renda que engravidam e que estão expostas a problemas de ordem diversa (violência, falta de moradia adequada, falta de dinheiro, falta de comida, falta de conhecimento sobre saúde e cuidado, etc.) ocorrendo simultaneamente, nas mais diferentes combinações. Esses fatores dificultam ainda mais o desenvolvimento da transição para a parentalidade, sendo característico da gestação na adolescência, pelo fato de que muitas delas, ainda não tenham completado os estágios de desenvolvimento da adolescência e muitas vezes ainda estão passando por duas grandes transformações: de criança para adulto e tornando-se mãe, ao mesmo tempo. No entanto, a mãe, muito parecida com a criança, passa pelos períodos de aprendizados construindo as competências maternas.

A experiência de ser uma mãe adolescente, e uma mãe de uma criança, acompanham aprendizados e desafios únicos. As mães, assim como seu filho, são seres dinâmicos e em constantes mudança, em termos de seus pensamentos, percepções, necessidades e desejos. A intervenção precoce as gestantes adolescentes por profissionais habilitados na gravidez ou no momento do nascimento facilita o desenvolvimento do apego seguro e positivo entre os pais e a criança, e estabelece uma base sólida para o desenvolvimento futuro: aprimora a saúde pré- natal; melhora saúde da criança e o desenvolvimento social e cognitivo preparando as mães (pais e familiares) para melhorar o vínculo com a criança; oferece cuidado sensível e competente e melhora o curso de vida da mãe (e pais) ajudando-a a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.

O Programa adota a metodologia da "relação terapêutica ou relação de ajuda como instrumento de trabalho para enfermeiro visitador". A relação terapêutica ou relação de ajuda trata-se de uma conversa estruturada e em que a interação deve valorizar a pessoa e não o problema que a pessoa apresenta; mantendo as relações interpessoais terapêuticas estáveis, tanto com os clientes como com a equipe multiprofissional, relação esta entendida como aquela que ocorre entre duas ou mais pessoas, com o objetivo de ajudar a pessoa naquilo que ela necessita, naquele momento.

A partir da metodologia da "relação terapêutica ou relação de ajuda" o programa apresenta visita domiciliar (VD) como alternativa tecnológica à consulta de enfermagem ou à abordagem em grupos, isto se deve ao fato de que a VD propicia o estabelecimento de um vínculo maior entre o profissional e o usuário, além de favorecer uma melhor compreensão (por parte do profissional) da realidade vivida pelos usuários.

A VD durante a gravidez ou no momento do nascimento facilita o desenvolvimento do apego seguro e positivo entre os pais e a criança, e estabelece uma base sólida para o desenvolvimento futuro. Oferecida a

domicílio, essa abordagem agrega ainda mais vantagens: dá ao profissional uma excelente oportunidade para avaliar a segurança do ambiente em que a criança vive e para trabalhar com os pais de modo a melhorar a interação pais-filhos.

As ferramentas da enfermeira visitadora no programa "Jovens Mães Cuidadoras"

A VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA JOVENS MÃES CUIDADORAS

No Programa Jovens Mães Cuidadoras as visitas são estruturadas de modo a tornar consistentes as ações das gestantes adolescentes e dos enfermeiros visitadores, assim como as atividades nas visitas, e para conectar as práticas dos programas aos resultados pretendidos. Um protocolo de visita, para o pré-natal, puerpério e após nascimento de 0 a 12 anos, constitui a base para atividades que ocorrem durante as visitas domiciliares no programa.

As visitas domiciliares são executadas por enfermeiros, compreendendo que este profissional de saúde possui os requisitos necessários para realizar abordagens em domicilio tecnicamente qualificadas e resolutivas e segue um esquema dividido em blocos e temas a serem abordados durante o pré-natal, o puerpério, e até a criança completar 12 meses de idade, totalizando, em média, 58 a 63 visitas com duração de 60 a 90 min cada.

Prestar assistência a famílias que vivem em ambientes de alta vulnerabilidade social e econômica traz para a enfermeira–visitadora dificuldades adicionais, isso significa que esta terá que desenvolver minuciosamente o planejamento de suas visitas e o plano de cuidados que irá executar junto a cada família.

As gestantes adolescentes (e suas famílias), foco dessa intervenção, vão estar expostas a problemas de ordem diversa (violência, falta de moradia adequada, falta de dinheiro, falta de comida, falta de conhecimento sobre saúde e cuidado, etc.) ocorrendo simultaneamente, nas mais diferentes combinações. Isso significa que para cada família haverá um plano de cuidados específico, dificilmente um mesmo "plano" se aplicará a todos.

A visitadora deva ter sempre em mente que o foco da sua intervenção é o fortalecimento das competências maternas para o cuidado amoroso e sensível a criança, logo, isso significa que a enfermeira-visitadora precisará a todo o momento avaliar e reavaliar suas intervenções frente às condições de saúde, de segurança, a rede social, ao curso de vida, da mãe/adolescente.

Assim a enfermeira-visitadora terá acesso a um grupo de temas imprescindíveis para a intervenção, mas a gradação da intensidade e frequência com que cada um será abordado dependerá das decisões que está tomar frente à realidade que encontrar. Assim os itens que se seguem dizem respeito à estrutura – suporte para a tomada de decisões da enfermeira; aos temas que precisam de alguma forma ser abordados na assistência e as sugestões de "passo a passo" de cada VD.

A ESTRUTURA DA ÁRVORE DE DECISÃO

A gestante/adolescente parece estar engajada
Na assistência?
Há alguma crise ou uma imediata para intervenção?

Há um ambiente seguro para a interação com a gestante/adolescente?
A enfermeira consegue identificar qual a melhor maneira de abordar a gestante?

Temas para se trabalhar com a família: Saúde e cuidados no pré-natal; saúde mental da gestante; habilidades maternas e competências relativas ao "parenting" ; desenvolvimento infantil do feto; curso de vida materno, dinâmica familiar; utilização dos serviços de saúde e social, meio ambiente e moradia. Aos discutir esses temas sempre fazê-lo trazendo para o centro da abordagem o bebê, os sentimentos da gestante/ adolescente em relação ao bebê e as capacidades da gestante para "cuidar" do bebê . Buscar estimular a construção do vinculo entre a mãe e o bebe buscar estimular os sentimentos maternos de proteção e carinho para com o bebe.

Ações

1) Identificar e escalonar as "necessidades" a serem enfrentadas
2) Escolher uma estratégia de enfrentamento
3) construir um plano de cuidados que resulte em competências para o cuidado.
4)Executar o plano.
5) Avaliar o plano e seus resultados.

Sempre ter em mente: o estilo de aprendizagem da gestante/adolescente; as habilidades cognitivas da mesma; a escolaridade; as crenças e a cultura .

Ao final da visita sempre ressaltar com a gestante/adolescente os avanços e as mudanças/resultados alcançados em termos das suas capacidades para o cuidado

A relação terapêutica (o que é e como deve ser abordada, que instrumentos utilizar

O "ser terapêutico" é uma atitude que deve permear toda a conduta do enfermeiro visitador do Programa de visitação "Jovens Mães Cuidadoras"**,** assistindo as mães adolescentes, na exploração da situação atual e continuar a ajudá-la a fim de que desenvolva uma compreensão pessoal relativa ao objetivo que queira atingir. Ou seja, ajudar a mãe adolescente naquilo que se apresenta como problema e não pré-julgar ou atuar na perspectiva do que julga importante apenas sob seu ponto de vista.

Assim, por meio da relação terapêutica entre enfermeiros visitadores e a adolescente, pretende-se construir uma relação de confiança e vínculo, muitas vezes, serve como um momento único para refazer, novos elos, novos encontros e interações que fortaleçam e estabeleçam a autoconfiança, autonomia e relações seguras a essas adolescentes.

A família e rede social

O enfermeiro trabalha com a mãe para ajudá-la a entender e gerenciar seus relacionamentos com os outros (incluindo seus próprios pais, o pai do bebê e outros membros da família), de modo que eles sejam favoráveis à mãe e às necessidades da criança.

O enfermeiro tem a tarefa de certificar-se de que a mãe está tendo acesso aos serviços e recurso garantido pelas políticas públicas do país para atender às suas necessidades e as de seu filho. Para tanto, precisa de um mapeamento adequado da rede de suporte social dessa família.

A saúde da adolescente: perspectivas físicas e psicológicas

Alguns temas são considerados fundamentais tais como: novos papéis para a mãe adolescente e outros membros familiares; reações emocionais quanto ao parto e parentalidade; tradições culturais; cansaço e rotina diária; se apaixonar com o bebê ao longo do tempo; relacionamento com o parceiro; auto-cuidado; e necessidade de outros recursos.

As relações afetivas e parentalidade

O enfermeiro trabalha com a mãe (ou pai) para ajudá-la a desenvolver os conhecimentos e habilidades para apoiar com confiança a saúde e o desenvolvimento da criança. Utiliza para isso processos educativos para ajudar mães e pais na construção dos papéis de pai e mãe.

7 Visita domiciliar no Pré-Natal

As visitas no período Pré-Natal contribuem para a construção de competências para o cuidado amoroso e sensível a criança, e que para tanto precisam saber como está cuidado a saúde da gestante; como está estruturado o ambiente; como está o curso de vida da gestante; como a família e rede social podem apoiar ou dificultar essas competências; como acesso a serviços de saúde e educação podem apoiar ou dificultar essas competências.

A partir da entrada da gestante no Programa ela será acompanhada pelas enfermeiras visitadoras semanalmente, perfazendo 15 visitas domiciliares até a 28ª semana da gestação, com acréscimo de duas visitas domiciliares. Os Instrumentos de Coleta de dados descritos nas visitas a seguir do Pré-Natal encontram-se no Anexo A.

VISITA 1

Temas	Intervenções
Conhecendo a cliente ✓ Andamento do pré-natal, cartão da gestante. Identificação, queixas, antecedentes familiares, ginecológicos, obstétricos. Discutir questões relativas a gravidez e que ajudem na saúde mental da mãe durante essa fase	a. Realizar ações que respondam a problemas/necessidades identificados em relação à gravidez. (Oferecer o aplicativo "pregnancy" para qualquer dispositivo – esse aplicativo oferece informações sobre a evolução saudável da gravidez) b. Discutir a evolução da gravidez/evolução do feto, utilizando vídeos ou outro recurso didático/pedagógico. (indicar baixar o aplicativo "pregnancy" para qualquer dispositivo – esse aplicativo oferece informações sobre a evolução saudável da gravidez). c. Utilizar (o vídeo sobre desenvolvimento fetal disponível no portal baby Center) d. Responder as queixas da gestante em relação á gestação; e. Discutir o papel de "mãe" utilizando vídeos ou outro recurso didático/pedagógico. ("oferecer o jogo "village life" para gestante baixar no seu smartphone")

VISITA 2

Temas	Intervenções
✓ Conhecendo a rede familiar e de apoio da gestante.com a finalidade de identificar desdobramentos da avaliação familiar: conflitos, relacionamentos, laços fortes e	a. Discutir as percepções sobre a gravidez b. Responder as queixas identificadas em relação à gestação.

fracos (aplicação do genograma e ecomapa)	c. Discutir a evolução da gravidez/evolução do feto, utilizando vídeos ou outro recurso didático/pedagógico. d. Perguntar se ela esta utilizando o jogo "village life" para verificar se houve interesse.

VISITA 3

Temas	Intervenções
✓ Conhecendo aspectos da gravidez: como se sentiu quando soube que estava grávida? Quando estava grávida a quem contou primeiro? ✓ Extrair das gestantes informações sobre seu conhecimento e uso dos recursos da comunidade (fazer um mapeamento de recursos da comunidade ou construir junto com a gestante).	a. Responder as queixas identificadas em relação a gestação. b. Discutir com a gestante as competências para cuidar de si e do feto, utilizando vídeos e/ou outros recursos. (ver se a gestante está utilizando o aplicativo "pregnancy"/ utilizar o video sobre desenvolvimento fetal disponivel no portal babycenter)

VISITA 4

Temas	Intervenções
✓ Aspectos do ambiente doméstico (observação das condições de moradia e da comunidade no que se refere: luz, água, esgoto, higiene, ventilação, aspectos da infraestrutura (acabamentos, pisos, torneiras, portas, janelas, cozinha, quarto, banheiro);	a. Responder as queixas identificadas em relação à gestação. b. Reforçar as competências relativas ao autocuidado da saúde (utilizar o guia da Unicef – famílias fortalecidas) e ao afeto/vinculo com o feto (ver se a gestante está utilizando o aplicativo "pregnancy"/

✓ Aspectos sociais (observar área externa, locais de lazer, vizinhança, escolas, recursos de segurança); ✓ Conhecendo a gravidez: Como o pai reagiu? Como a família reagiu? Quais seus planos para o bebe? Que apoio gostaria de ter depois que o bebê nascer e apoio gostariam de ter? ✓ Quais os projetos da gestante a curto, médio e longo prazo? Aplicar a Escala de Auto Eficácia.	utilizar o vídeo sobre desenvolvimento fetal disponível no portal Baby center).

VISITA 5

Temas	Intervenções
✓ Conhecendo a gestante: Como você acha que a chegada do bebê vai afetar: a si? A sua vida familiar? Aos outros membros da família? A sua relação com o pai do bebê? Que mudanças tem notado em si próprias desde que engravidou? Como você tem lidado com essas mudanças	a. Responder as queixas identificadas em relação à gestação b. Trabalhar com a gestante as competências para auto-cuidado da saúde e utilização das redes de apoio. c. Conversar sobre direitos da gestante "Direito ao pré-natal de qualidade" e "Como garantir direitos sociais”

VISITA 6

Temas	Intervenções
✓ Qual o vinculo da mãe com o feto/bebê? Do pai com o feto/bebê? Aplicar a Escala de Apego Fetal. ✓ Melhoria nas relações familiares e a utilização dos recursos sociais (perguntar como tem sido a participação da família durante a gravidez; retomar mapa de recursos sociais e perguntar se a gestante esta acessando esses recursos quando necessário); ✓ Planejamento que a gestante para sua vida a curto e médio prazo (iniciar conversa sobre projeto de vida a partir da avaliação	a. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação à gestação b. Oferecer o "DIARIO MÃE & BEBÊ", propor que a gestante use para escrever suas duvidas, vivencias, percepções e emoções e que possa compartilhar com a visitadora na visita seguinte o conteúdo que desejar.

realizada pela escala de auto-eficácia em visita anterior)	

VISITA 7

Temas	Intervenções
✓ Perguntar "Que mudanças têm notado em si própria desde que engravidou?" ✓ Conversar sobre as competências para percepção do próprio corpo, alterações e autocuidado. ✓ Fazer com que as clientes explorem suas expectativas de paternidade e suas próprias experiências da infância durante a gravidez utilizando técnicas motivacionais.	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação à gestação c. Fortalecer competências para alimentação saudável (fazer um recordatório alimentar) d. Fortalecer as competências maternas e. Fortalecer vínculo: Colocar música relaxante, com uso de um óleo de amêndoas ou aquele que a gestante tiver disponível ou acostumada fazer movimentos na barriga. f. Fazer massagem com as pontas dos dedos no sentido horário do sentido distal até chegar ao umbigo. Após com seu auxílio pedir para gestante ir sentindo algumas partes do bebê que seja possível sentir e ir conversando com ele nesse momento.

VISITA 8

Temas	Intervenções
✓ Avaliar a casa para a presença de riscos que podem comprometer o bem-estar da	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ"

cliente e do bebê e garante que o cliente tenha conhecimento dos perigos à saúde e ações preventivas básicas (observar presença de mofo, bolor, iluminação adequada, ventilação adequada, densidade domiciliar, risco de queda). ✓ Trabalhar com a gestante para garantir que o lar seja um ambiente seguro e propício para a sua saúde e saúde e desenvolvimento da criança. ✓ Discutir outros fatores de risco para o parto prematuro / baixo peso ao nascer (por exemplo, infecções do trato geniturinário, pré-eclâmpsia)	e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação c. Sugerir a confecção de móbiles, roupinhas, outros instrumentos que ajudem na construção do afeto e do vinculo.

VISITA 9

Temas	Intervenções
✓ Retomar conhecimento sobre sinais de risco para a gravidez ✓ Discutir o desenvolvimento do feto e a importância da estimulação. ✓ Discutir com a gestante: Como é que ela imagina seu bebê? Como é que o pai imagina o bebê?	**a.** Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação c. Utilizar dinâmica: pedir para gestante e acompanhante escrever no papel como imagina ser as características do bebê. Depois compartilhar e elencar as semelhanças. Valorizando todas características levantadas.

VISITA 10

Temas	Intervenções
✓ Fortalecer competências maternas e vínculo conversando com a gestante sobre	a. Aplicar Escala de Edimburgo.

valores pessoais e os valores que ela quer passar para o bebê (entendendo o que é importante para mim / refletindo sobre seus valores) - técnica de entrevista motivacional).	b. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. c. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação d. Realizar atividade reflexiva sobre valores: será necessário impressos com as perguntas reflexivas

VISITA 11

Temas	Intervenções
✓ Discutir com a gestante: quais são as expectativas acerca do parto? ✓ Começar a discutir o Plano de parto: o local, o tempo que levará para se locomover até o serviço de saúde e se deseja ter um acompanhante, procedimentos, escolha do parto, trabalho de parto (retomar uso do aplicativo "pregnancy" item plano de parto). ✓ Trabalhar para promover o envolvimento saudável do pai do bebê e/ou parceiro da gestante no momento do parto e no cuidado da criança.	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação à gestação c. Conversar sobre a na organização da “mala” da gestante e do bebê (utilizar um jogo envolvendo a gestante e o acompanhante) d. Fortalecer as competências de cuidado do bebê através de vídeos sobre parto (BABYCENTER).

VISITA 12

Temas	Intervenções
✓ Conversar com a gestante: Como pensa alimentar o bebê? Qual a opinião do pai sobre a amamentação? E de outros membros da família?	a. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação à gestação;

✓ Orientar noções básicas de cuidados de recém-nascido e aleitamento materno	b. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. c. Fortalecer as competências familiares e maternas para receber e cuidar do bebê em casa (utilizar vídeos do babycenter e bonecos para que a gestante possa realizar os cuidados ao recém-nascido apresentados na conversa).

VISITA 13

Temas	Intervenções
✓ Check -list final para o parto: contatos, bolsa da maternidade, transporte (retomar plano de parto conversado em visita anterior e fazer o check-list junto com a gestante) ✓ Discutir com a gestante: preparo das mamas para aleitamento ✓ Aplicar escala de Auto Eficácia.	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação à gestação c. Fortalecer conhecimento da gestante sobre sinais de trabalho de parto d. Fortalecimento das competências de cuidado com a amamentação

VISITA 14

Temas	Intervenções
✓ Discutir com a gestante: que o nascimento de uma criança pode levar a pressões financeiras na casa, isso a preocupa? E quanto a organização da casa? ✓ Check-list final para o parto: contatos, bolsa da maternidade, transporte, etc. Aplicar Escala de Apego Fetal.	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação c. Fortalecer conhecimento da gestante sobre sinais de trabalho de parto e as posições do bebê no parto (UTILIZAR IMAGENS E O VÍDEO: "POSIÇÃO DO BEBÊ NA HORA DO PARTO: VÍDEO"DO BABYCENTER) d. Retomar com a gestante a rede de suporte social com a qual poderá contar no início do trabalho de parto até o puerpério.

VISITA 15

Temas	Intervenções
	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ"

✓ Discutir com a gestante: Há mais algum assunto que gostaria de falar? ✓ Check-list final para o parto: contatos, bolsa da maternidade, transporte, etc. (retomar plano de parto conversado em visita anterior e fazer o check-list junto com a gestante); ✓ Conversar com a gestante sobre a chegada do bebê e cuidados com higiene	e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação c. Fortalecer conhecimentos da gestante sobre trabalho de parto e a chegada do bebê (UTILIZAR IMAGENS E O VÍDEO: ”Estou em trabalho de parto, e agora?”) d. Fortalecer conhecimentos da gestante sobre higiene (utilizar boneco, imagens e vídeos). e. Avaliação da gestante sobre o acompanhamento das visitadoras durante a gestação.

VISITA 16

Temas	Intervenções
✓ Discutir com a gestante: Quais são suas expectativas para o período pós-parto imediato? ✓ Check-list final para o parto: contatos, bolsa da maternidade, transporte, etc. (retomar plano de parto conversado em visita anterior e fazer o check-list junto com a gestante) ✓ Conversar com a gestante sobre a chegada do bebê e cuidados com saúde	a. b. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo. c. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação d. Fortalecer conhecimentos da gestante sobre a saúde do bebê (UTILIZAR BONECO, IMAGENS E VÍDEOS). e. Avaliação o conhecimento da gestante sobre cuidados com higiene do bebê utilizando o boneco após a demonstração da visitadora.

VISITA 17

Temas	Intervenções
✓ Discutir com a gestante: Algumas mães ficam deprimidas depois do nascimento do bebê. Esta preocupada com esta possibilidade?	a. Execução do plano terapêutico. Perguntar sobre o uso da "DIARIO MÃE & BEBÊ" e dar espaço para compartilhar seu conteúdo.

✓ Conversar com a gestante sobre a chegada do bebê e cuidados com aspectos de amor e segurança	b. Responder as duvida da gestante sobre o pré-natal. Responder as queixas identificadas em relação a gestação c. Fortalecer conhecimentos da gestante sobre amor e segurança do bebê (utilizar boneco, imagens e vídeos).

8 VISITA DOMICILIÁRIA DURANTE O PUERPÉRIO

As visitas domiciliárias no puerpério são distribuídas em seis e desenvolvidas tanto pelas enfermeiras visitadoras tanto á mãe quanto ao bebê. Os Instrumentos citados nas visitas do Puerpério encontram-se no Anexo B.

VISITA 1

Temas	Intervenções
✓ **Para a mãe:** Condições do atendimento ao parto, dados do parto, uso de medicamentos. Como está a amamentação (presença ou ausência de leite, quantidade insatisfatória, posição adequada, pega adequada, intervalos entre mamadas), a alimentação, sono, loquiação atividades domésticas. ✓ Exame Físico: sinais de gravidade (infecção puerperal, hemorragia, depressão pós-parto); queixas de desconforto (dor na incisão, mamas ingurgitadas, mamilos sensíveis, problemas gastrointestinais) ✓ **Para o RN**: Condições de nascimento. Verificar informações sobre intervenções realizadas no bebê: triagem auditiva neonatal, teste do pezinho, imunização do bebê. Maneira como se realiza o Banho, Curativo do coto umbilical, Vigília e Sono do bebê. Amamentação. ✓ Exame Físico: sinais de gravidade (possível infeccção bacteriana, letargia), alterações da pele, aspecto do coto umbilical, padrão das mamadas, presença de reflexos	a. Exame físico na mãe e no bebe. Orientar a puérpera sobre: b. higiene pessoal e do bebe (cuidados com o coto umbilical), uso de medicamentos, atividade fisica; c. loquiação; d. aleitamento (pega, posições para amamentação), cuidado com as mamas, reforçando aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar). e. Verificar se a mãe tem uma data agendada para comparecer ao médico f. Verificar se o bebê tem uma data agendada para comparecer ao médico g. (utilizar videos do baby center e boneco educativo para discutir amamentação, banho, curativo do coto)

VISITA 2

Temas	Intervenções
	a. Exame físico na mãe e no bebe.

✓ **Para a mãe**: verificar sinais de gravidade (infecção puerperal, hemorragia, depressão pós-parto); queixas de desconforto (dor na incisão, mamas ingurgitadas, mamilos sensíveis, problemas gastrointestinais). Amamentação. Atividade Física. Rotina domestica. ✓ **Para o RN:** Maneira como a família está organizando o cuidado. Banho, Vigília e Sono do bebê, Choro (significados, interpretação e resposta dos pais), Amamentação. Exame neurológico. ✓ Verificação da interação mãe- bebê; avaliação das Condições psicoemocionais em relação ao estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros (Escala de depressão Pós- parto de Edimburgo (CASO NÃO TENHA SIDO APLICADA NA VISITA ANTERIOR). Verificação de como a família reagiu com a chegada do bebê. Retomar o uso do ecomapa (atualização) e Inclusão de elementos da rede familiar e social de apoio na solução de problemas identificados. Verificar o preparo do ambiente doméstico para garantir os cuidados essenciais a criança.	b. Acompanhamento da amamentação do RN. (UTILIZAR VIDEOS DO BABY CENTER E BONECO EDUCATIVO PARA DISCUTIR AMAMENTAÇÃO E BANHO) c. Conversar sobre o desenvolvimento do bebe e tirar duvidas sobre como atender as demandas do bebe, como garantir segurança e o sono do bebe. d. Observar a interação mãe-bebê, escolhendo para isso os momentos de amamentação ou banho, ou troca de fralda, ou curativo do coto umbilical Observar as condições da família e da puérpera que podem levar a depressão pós-parto. e. Apoiar as mães e familiares a interpretar os sinais dos bebês durante o choro e avaliar as atitudes tomadas diante o choro. Incentivando-a responder de uma maneira sensível e carinhosa. f. Discutir como situações de cuidado como banho, troca de fraldas, aleitamento são espaços importantes de interação e estimulação. g. Investigar como esta a rotina da casa com a chegada do bebe (Inclusão de elementos da rede familiar e social de apoio na solução de problemas identificados (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas). h. Verificar quem esta dando suporte – quem ajuda nas tarefas domesticas.

VISITA 3

Temas	Intervenções
✓ Avaliação geral do estado de saúde da mulher e do recém-nascido. Verificar: **Para mãe:** Condição de saúde e higiene. Amamentação. Iniciar discussão sobre direitos da mulher (afastamento do trabalho, auxílios sociais outros). Verificar alimentação, atividade sexual; uso de métodos contraceptivos. Avaliação médica pós-parto. Verificar Sinais de depressão, andamento da rotina doméstica. Discussão especial com aquelas mães que não estão amamentando. Discutir com a puérpera: Como foi o nascimento? Como a puérpera está se sentindo agora? ✓ **Para o bebê:** Avaliação da higiene, amamentação, banho, sono, rotina, segurança do ambiente. Direitos da	a. Exame físico da mãe e da criança. b. Discutir com a puérpera os direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas Conversar sobre o desenvolvimento do bebe e tirar duvidas sobre como atender as demandas do bebe, como garantir segurança e o sono do bebe. (ver marcos do desenvovimento infantil na caderneta da criança) c. Orientar sobre: Cólica; Choro excessivo; Padrão de sono; Eliminações – aspecto das fezes e urina; Observar se há presença de icterícia; Posição do RN no berço sempre de barriga para cima.

criança, como registro civil e outros (UTILIZAR AS INFORMAÇÕES DA CADERNETA DA CRIANÇA).	

VISITA 4

Temas	Intervenções
✓ Avaliação geral do estado de saúde da mulher e do recém-nascido. Verificar se ela Realizou avaliação clínico-ginecológica e registrar as informações. Verificar ✓ **Para mãe:** Escuta da mulher, verificando como se sente, suas possíveis queixas e esclarecendo dúvidas. Perguntar para a puérpera. Como é que a chegada do bebe afetou os membros da família? Como foi a reação do pai da criança? E os avós? Perguntar a puérpera e parceiro se tem vontade de ter mais filhos? Orientar sobre o planejamento familiar aplicado no pós-parto. ✓ **Para o RN**: Discutir com mãe e familiares sobre marcos do desenvolvimento do bebê, discutir como eles reconhecem a maneira como o bebe se expressa. Observar: higiene, alimentação e demais cuidados interação com bebê. ✓ **Para a díade**: Observar a interação mãe-criança.	a. Utilizar recursos pedagógicos que ajudem a puérpera a conhecer o desenvolvimento do seu bebe (baby center e marcos do desenvolvimento infantil na caderneta da criança). b. Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo se for o caso: – informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto; – explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação); c. Orientar sobre Sexualidade e Planejamento Familiar. Facilitar a tomada de decisões sobre o planejamento do futuro da criança e seleção de controle de natalidade para atingir as metas.

VISITA 5

Temas	Intervenções
✓ Avaliação geral do estado de saúde da mulher e do recém-nascido e Andamento da amamentação. Retomar questões problemas identificadas anteriormente ✓ **Discutir com a mãe e familiares:** as preocupações da mãe com o bebe, perguntando O que acha do desenvolvimento do bebe e do seu bem estar? Identificar as percepção da mãe sobre o seu bebe perguntando: Como é seu bebe? Como está a relação da família com o bebe? Solução de possíveis conflitos familiares no cuidado do bebê. ✓ Verificar a interação mãe-criança perguntando: como você alimenta seu bebe? Como é o sono do seu bebe?	a. Identificar junto a mãe quais são as expressões, sons, gestos, olhar emitidos pelo bebê que faz perceber qualquer forma de comunicação da parte da criança? (Utilização do Manual da gestante de Portugal) b. Ajudar os pais na identificação de outros serviços da comunidade para o cuidado da criança; discutir encaminhamento para outros serviços de saúde e serviço social, conforme necessário. c. Orientar alimentação, higiene e amamentação usando o BABY CENTER.

Verificar a comunicação mãe-filho perguntando: Passa algum tempo conversando com seu bebe?	

VISITA 6

Temas	Intervenções
✓ **Para mãe e bebê**: Verificar os recursos emocionais da criança perguntando: O seu bebe chora de forma que é difícil acalma-lo? ✓ Observação das modificações da situação financeira da família, as condições da habitação o impacto na vida pessoal e familiar do nascimento do bebe, discutir com a mãe e familiares os reflexos e o marcos da Criança do Bebê apresentados desde nascimento até esta visita; ✓ Cronograma para próxima etapa do programa (explicação dos próximos passos, objetivos e programação). ✓ Observar a interação mãe-criança;	a. Identificar junto aos familiares quais foram as mudanças financeiras, pessoal e familiar, de habitação que se modificaram com a chegada do bebê e estimulá-los a pensar em estratégias de superar e desenvolver ações para diminuir o impacto. b. Retomar e mostrar a famílias os reflexos que a criança apresenta e aqueles que não mais e ressaltar os marcos do desenvolvimento considerando os meses apresentados pelo lactente. c. Mostrar cronograma para próxima etapa do programa (explicação dos próximos passos, objetivos e programação). d. Utilizar o Babycenter aplicativo

9 VISITAS DOMICILIARES NO PERÍODO DOS 02 AOS 12 MESES DE VIDA DO BEBÊ

No período de 2 aos 6 meses, bebe e mãe estão bastante ligados, principalmente pela experiência da amamentação. Contudo, para algumas mães, a amamentação já deixou de ocorrer por motivos diversos. Assim, as VD aqui desenhadas terão como foco fortalecer as competências de cuidado das mães que estão em aleitamento materno e das que não estão.

Devemos observar mais de perto as competências requeridas pelas mães que deixaram o aleitamento inclusive no sentido de verificar se os vínculos mãe-filho estão preservados, por isto, em cada mês será realizada duas visitas domiciliares a díade mãe-bebê. Essa fase é de intensa mudança na criança e na mãe, e também nas rotinas de casa, que vai ter que sofrer alterações em função do desenvolvimento da criança. Essa fase a criança vai experimentar intenso desenvolvimento cognitivo, motor e afetivo.

Os Instrumentos citados nas visitas ao bebê encontram-se no Anexo C.

2º MÊS

<u>1ª VISITA:</u>

Temas	Intervenções

✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE, POIS SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Realizar o exame físico completo do bebê (avaliar os reflexos, verificar as medidas antropométricas e anotar e/ou verificar as anotações no caderno da criança (fornecido pelo ministério da saúde) preenchendo e analisando as curvas de peso e crescimento; ✓ Verificar se mãe está amamentando, verificar se a amamentação é satisfatória, examinar as mamas da mãe, observar "pega" e orientar reforçando a importância do aleitamento materno exclusivo até os 06 meses; ✓ Observar higiene do ambiente, do bebê e da mãe; ✓ Observar o relacionamento mãe/bebê, se possível dos demais moradores da casa com o bebê e com a mãe, tentando identificar possíveis complicações.	a. Conversar com a mãe e observar se possível o desenvolvimento do bebe, apontando que à partir dessa idade o bebê já apresenta sorriso social, começa a ficar de bruços e sustentar a cabeça, também focaliza um objeto mais distante e o segue com olhar, ela pode incentivá-lo a chegar nessas etapas conversando e brincando com ele e observando suas reações. b. Conversar com ela sobre como está sendo sua experiência de mãe e cuidadora, identificar potencias e dificuldades. c. Verificar se a mãe integra algum grupo ou programa social oferecido para famílias com bebes na sua comunidade. d. Cabeça-Observar e registrar formato e simetria do crânio, face e integridade do couro cabeludo, medir o perímetro cefálico.(1o e 2o mês de vida -> 2 cm mês 3o e 4o mês de vida -> 1,5 cm mês 5o ao 12o mês de vida -> 0,5 cm mês No 2o ano de vida -> 0,3 cm mês) e. Fontanelas:A fontanela anterior (bregmática) mede cerca de 2,5 cm e fecha entre 9 e 18 meses. A posterior (lambdoide) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses. Observar e palpar tamanho e tensão da fontanela. Avaliar fechamento precoce de fontanelas (craniossinostose). f. Olhos: Avaliar presença e tipo de exsudato, lacrimejamento, fotofobia, anisocoria, exoftalmia, microftalmia, cor da esclera, estrabismo, aspecto e simetria dos olhos. Visão: presença da visão através da observação dos reflexos visuais, constricção visual direta e consensual à luz. Exame do reflexo vermelho: Deve ser realizado no recém-nascido até três meses de idade para detecção precoce de catarata congênita. Verificar se o exame do reflexo vermelho foi realizado na maternidade. Caso o exame não tenha sido realizado: Colocar a criança sentada no colo da mãe em ambiente de penumbra. Utiliza-se para o exame o oftalmoscópio portátil, com o disco de enfoque do aparelho no zero. O profissional olha através da pupila da criança com o aparelho a uma distância de 30 cm. O aspecto é considerado normal quando se observa um clarão avermelhado na pupila (exame que dependerá do ambiente adequado). Ouvidos: Observar a forma, alterações, implantação das orelhas, realizar otoscopia e verificar coloração. Acuidade auditiva: observar os movimentos de piscar dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro. Em crianças maiores sussurrar a uma distância de

	aproximadamente de 3 metros. g. Nariz: Verificar presença e aspecto da secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal. Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima. Observar coloração da mucosa, condições dos cornetos, calibre das vias aéreas e secreções. h. BOCA E FARINGE Observar integridade e coloração da mucosa oral, realizar inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatos, tamanhos e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placas de secreção. i. Pescoço: Inspeção e palpação de gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência e avaliar rigidez da nuca. j. Aplicar a escala de Edimburgo (para identificar possíveis sinais de depressão); Retomar o ecomapa para avaliar as relações sociais e familiares; ensinar a mãe técnicas de "brincar" com o bebe; aplicar o instrumento de auto eficácia para a amamentação. Deixar um diário para a mãe registar (por escrito, com desenhos, stickers, etc) seus "sentimentos" em relação à criança.

2º MÊS

2ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver o caderno da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc. ✓ Observar a evolução do relacionamento mãe - bebê, como a mãe observa a criança e interage com ela, e dos demais moradores da casa com o bebê e com a mãe, tentando identificar dificuldades e possibilidades; Observar se a mãe incentiva o bebê conforme a fase de desenvolvimento explicada na consulta anterior; ✓ Discutir questões do bebe como: Choro e cólica na perspectiva bio e psicossocial. ✓ Conversar com a mãe sobre a Rotina da criança, na perspectiva de ressaltar a importância da mesma para o cuidado	a. Ensinar para a mãe musica para ela cantar para o bebe; técnicas de massagem, brinquedos, etc. Fortalecer as competências da mãe para cuidar do bebe. Utilizar recursos pedagógicos adequados. Ler o diário com a mãe e conversar sobre os registros.

responsivo e para o desenvolvimento da criança. ✓ Conversar com a mãe sobre sua vida pessoal, sobre a retomada de seus projetos pessoais, sobre a sexualidade;	

3º MÊS

3ª VISITA

Temas	Intervenções
✓ Observar a interação mãe bebê e verificar se está ocorrendo fortalecimento do vínculo. Conversar com a mãe sobre o fato de ela já ser capaz de identificar e distinguir os diferentes tipos de choro do bebe; e discutir se ela consegue identificar e atender as necessidades do bebê de forma tranquila; verificar se o bebe reconhece a mãe e se acalmar na presença dela; ✓ Discutir com a mãe cuidados com a segurança do bebe, como supervisionar a criança, não deixar pequenos objetos à mão, deitá-lo sempre no berço, carrinho com cinto ou no chão forrado para evitar risco de quedas; ✓ Discutir com a mãe a inserção do pai no cuidado da criança, a importância de se envolver um SEGUNDO NO CUIDADOR que possa substituir e/ou auxiliar no cuida. ✓ Discutir com a mãe a necessidade de PEDIR ajuda, ajudando-a a identificar na sua rede social os possíveis colaboradores. ✓ Conversar sobre planejamento familiar e orientar a mãe a procurar o médico da rede para iniciar o anticoncepcional apropriado para a época da amamentação; ✓ Conversar sobre ações de segurança do bebe como: a posição mais indicada para o bebê dormir, “de barriga para cima” numa cama com colchão firme; Evitar colocar o bebê para dormir entre os pais ou com um adulto ou outra criança na mesma cama;	a. Incentivar a mãe a conversar e brincar com o bebê sempre que ele estiver acordado; oferecendo a ele brinquedos de diferentes texturas e cores. b. Colocá-lo diante de um espelho, mexer seus braços e pernas para que ele se veja. Fazer contrações faciais e utilizar tons de voz diferentes ao brincar com o bebê. Incentivar a mãe a aproveitar a rotina de cuidado para interagir com a criança. c. Ler o diário com a mãe e conversar sobre os registros. d. Reforçar aleitamento materno exclusivo como forma de alimentação e de interação com o bebe. Utilizar recursos pedagógicos adequados

3ºMÊS

4ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Ajudar a mãe a identificar o desenvolvimento do seu bebe, verificando se o bebê já tem preferência por pessoas conhecidas, se sorri de forma voluntária quando agradado, se emite sons para comunicação, e como ela (e a família) reagem a essas ações. ✓ Discutir com a mãe o ambiente doméstico e as relações dos outros membros da família com o bebe ✓ Discutir com a mãe lugares seguros para o bebe brincar	a. Incentivar a mãe a conversar, canta e brincar com o bebê. b. Ajudar a mãe a organizar a rotina do bebe. c. Incentivar a mãe a aproveitar a rotina de cuidado para interagir com a criança. d. Ler o diário com a mãe e conversar sobre os registros. e. Utilizar recursos pedagógicos adequados como vídeos, livros de história. Fortalecer as competências da mãe para o cuidado a criança.

4º MÊS

5ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Conversar com a mãe sobre a avaliação dos aspectos de crescimento e desenvolvimento da criança: motor grosso, motor fino, sensório, vocalização, social e cognitivo; ✓ Orientar a mãe quanto à seleção de brinquedos apropriados para a estimulação de cada uma dessas áreas. ✓ Orientar a mãe sobre a necessidade de possibilitar a aproximação de pessoas estranhas ao bebê; ✓ Conversar com a mãe sobre como ela está se sentindo no "papel" de mãe. Como ela está interagindo com seus amigos. ✓ Conversar com a mãe sobre os planos que ela tem para o seu futuro e para o futuro do bebe. Conversar com a mãe sobre as atividades de lazer	a. Realizar a leitura do diário. b. Fortalecer as competências maternas para o cuidado a criança. c. Confeccionar brinquedos para a criança.

4º MÊS

6ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Conversar com a mãe sobre a retomada dos estudos, a retomada do trabalho, enfim de seus projetos pessoais. Ajudando a mãe a identificar estratégias	a. Sugerir atividades que promovam a estimulação da criança: b. Estimulação visual: a) coloque a criança em frente a espelhos inquebráveis; b) dê

alternativas ao cuidado infantil: para muitos pais, especialmente mães trabalhadoras, encontrar instituições de cuidados infantis seguras e competentes é uma dificuldade. ✓ Orientar sobre as possibilidades existentes. ✓ Conversar com a mãe sobre como ela "sente" o desenvolvimento do seu bebe. Sobre como ela "sente" o seu desempenho como mãe.	a ela brinquedos coloridos e brilhantes (pequenos o bastante para que possa segurar, mas não engolir). c. Estimulação auditiva: a) converse com o lactente repetindo os sons que ele produz; b) ria quando o lactente ri; c) chame o lactente pelo nome; d) coloque um chocalho ou um sino na mão do lactente. d. Estimulação tátil: a) forneça ao lactente, brinquedos macios e de várias texturas; b) permita que ele brinque com a água durante o banho. e. Estimulação cinética: use balanços ou carrinhos; b) balance o lactente ao colo mantendo-o de pé; c) coloque o lactente no chão para sentar, rolar e rastejar. Retomar as questões/registros do diário.

5º MÊS

7ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Realizar uma avaliação dos aspectos de crescimento e desenvolvimento da criança; realizar aferição das medidas antropométricas anotadas na caderneta da criança. ✓ Conversar com a mãe sobre as atividades que ela está realizando com seu bebe.	a. Ensinar /estimular a mãe a colocar a criança de bruços e oferecer brinquedos e leva-lo à boca. b. Retomar o diário e conversar sobre os registros. c. Aplicar a escala de auto eficácia geral percebida. d. Fortalecer as competências da mãe para o cuidado fisico e mental da criança.

5º MÊS

8ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Conversar (e observar) obre o apego e vínculo mãe/pai/bebê; ✓ Conversar com os pais que o comportamento exploratório do lactente é natural, e centrado primariamente nas necessidades básicas de acolhimento, amor, alimentação, segurança e conforto; ✓ Informar o pai que durante essa fase, o lactente irá explorar e testar os limites, consequentemente, em vez de desencorajar a exploração, os pais devem promover um ambiente seguro, afastando objetos domésticos perigosos, e dando a criança disciplina e educação consciente; ✓ Conversar com a mãe sobre a introdução de novos alimentos na dieta do bebe.	a. Retomar o diário e discutir as situações. b. Executar ações que fortaleçam as competências maternas para o cuidado. c. Utilizar para isso instrumentos pedagógicos adequados.

Discutir o que ela pensa sobre o desmame. ✓ Conversar com a mãe sobre os "outros" cuidadores do bebe.	

6° MÊS
9° VISITA

Temas	Intervenções
✓ Conversar sobre a importância da alimentação correta e balanceada para o desenvolvimento saudável da criança; ✓ Conversar sobre como a mãe irá introduzir a papa doce e salgada na alimentação do bebê; ✓ Conversar sobre como deverá ser o preparo dos alimentos e como oferta-los; Discutir sobre os alimentos que deverão fazer parte da alimentação da criança com 06 meses; ✓ Conversar sobre a importância de dieta balanceada para o desenvolvimento da criança; ✓ Discutir sobre os cuidados básicos que devem ser adotados após a alimentação da criança (ex.: cuidados com a criança; higiene bucal; como lavar os utensílios usados pela criança etc.); Conversar sobre a importância de incluir na alimentação da criança alimentos ricos em ferro, para evitar a ocorrência de anemia; ✓ Conversar com a mãe que a complementação alimentar deve ser iniciada aos seis meses de vida o bebê adquirir o reflexo de mastigação e protrusão da língua que facilita no processo de digestão; ✓ Conversar com a mãe sobre o nascimento dos primeiros dentes. Conversar sobre os problemas gastrointestinais, como diarreia e constipação, que podem ocorre devido à introdução de novos alimentos; ✓ Observar a descida dos testículos (nos meninos)	a. Retomar o diário. b. Realizar ações que fortaleçam as competências maternas para o cuidado a criança, utilizando para isso estratégias pedagógicas apropriadas.

6° MÊS
10° VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que	a. Conversar sobre as vacinas que a criança deverá receber e qual o retorno; Conversar sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, sobre o engatinhar e o sentar sem apoio;

ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	b. Discutir com a mãe sobre o padrão de sono, pois nesta idade a criança deve apresentar um padrão de sono de aproximadamente 13 horas, caso isso não ocorra é um problema a ser investigado; c. Observar como é a relação e convivência da criança com os outros membros da família, principalmente pai e mãe; d. Conversar com a mãe sobre promover um ambiente seguro à criança, a fim de evitar acidentes domésticos; e. Discutir com a mãe sobre a importância da estimulação da criança através do brincar; f. Observar questões relacionadas ao vinculo como: g. Quando o bebê é levado para os pais, eles estendem os braços para a criança e a chamam pelo nome? h. Os pais falam sobre o bebê em termos de identificação - com quem se parece; o que parece especial em comparação com outros bebês? i. Realizar ações que possam fortalecer as competências maternas para o cuidado da criança. Ajudar no preparo da papa, cuidar da higiene alimentar, utilizando estratégias pedagógicas adequadas.

7° MÊS

11° VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Conversar sobre a alimentação complementar; discutir higiene bucal; b. Observar as capacidades físicas e motoras do bebe e discutir essas capacidades; Conversar sobre a importância de realizar as brincadeiras que estimulem o desenvolvimento; c. Continuar a conversa sobre vinculo: Quando os pais seguram o bebê, que tipo de contato corporal existe? Eles se sentem confortáveis ao mudar de posição do bebê; as pontas dos dedos ou das mãos são usadas; existem partes do corpo que evitam tocar ou partes do corpo que investigam e pesquisam? Quando o bebê está acordado, que tipos de estimulação os pais proporcionam? Eles falam com o bebê, entre si, ou não falam? Como olham para o bebê - contato visual direto evita o contato visual, ou olham para outra pessoa ou objetos? d. Fornecer estratégias aos pais para tornar o ambiente da casa mais seguro. Utilizar

	vídeos historia para conversar sobre vinculo. Fortalecer competências maternas de cuidado do bebe. Retomar o diário. Utilizar estratégias pedagógicas adequadas

7° MÊS
12° VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Observar como é a relação e convivência da criança com os outros membros da família, principalmente pai e mãe; b. Discutir os arranjos familiares para o cuidado da criança. c. Discutir com a mãe a retomada dos estudos e/ou trabalho d. Retomar o diário. Ensinar a mãe a ler e a contar histórias para a criança. Ensinar a mãe a confeccionar dedoches. Fortalecer as competências maternas para o cuidado da criança.

8° MÊS
13ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE.	a. Retomar a discussão sobre vinculo: Quão confortáveis os pais parecem estar em termos de cuidar do bebê? Eles expressam alguma preocupação com respeito a sua capacidade ou ao desagrado por determinadas atividades, como trocar fraldas, dar banho? b. Que tipo de afeição demonstram pelo bebê, como sorrir, acariciar, beijar ou balançar? c. Se o bebê estiver agitado, que tipos de técnicas de conforto os pais usam, como embalar, enrolar em cueiro, falar ou sacudir. Retomar o diário para discussão; d. Conversar com a mãe sobre sua saúde, sobre suas atividades de lazer, sobre seu papel de "mãe"

8° MÊS
14° VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe	

para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Falar sobre as formas do bebe explorar o ambiente, e os cuidados necessários para evitar acidentes. b. Retomar o diário. E realizar ações que fortaleçam as competências da mãe para o cuidado.

9º MÊS
15ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ela retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Verificar se a mãe encontra alguma dificuldade relacionada à alimentação da criança (ex.: criança sem apetite, dificuldade para adquirir alimentos adequados, dificuldade em preparar os alimentos etc.) e discutir como poderiam ser enfrentadas; b. Entrevistar os outros cuidadores da criança c. Retomar o diário. E realizar ações que fortaleçam as competências da mãe para o cuidado.

9º MÊS
16ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE.	a. Conversar sobre os serviços de apoio que podem contribuir para o desenvolvimento da criança: quais são, onde estão quem tem direito de usá-los, como funcionam etc.; b. Conversar sobre o ECA e o Conselho Tutelar e como podem ser acessados para garantir os direitos da criança.

✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	c. Observar se os exames de rotina foram marcados e realizados. Caso não tenham sido realizados, verificar quais foram as dificuldades e discutir como poderiam ser enfrentadas; d. Observar se as recomendações do serviço de saúde estão sendo atendidas. Caso não estejam, verificar quais são as dificuldades e discutir como poderiam ser enfrentadas; e. Conversar sobre as situações em que é recomendável procurar o serviço de saúde; f. Conversar sobre os direitos da criança e da mãe os serviços de saúde e verificar se estão sendo respeitados. Caso não estejam, discutir o que poderia ser feito. g. Retomar o diário. Fortalecer as competências maternas para o cuidado.

10º MÊS
17ª VISITA

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Observar o ambiente da criança (físico, relacional e social) e discutir o que poderia ser feito para se promover um ambiente mais adequado para o desenvolvimento da criança; b. Observar fatores de risco presentes no ambiente da criança e discutir medidas preventivas ou protetivas; c. Discutir como reconhecer sinais que podem indicar abusos, maus tratos e violências e o que deve ser feito nestas situações; d. Conversar sobre os comportamentos esperados da criança (ex. birras e manhas) e de como podem ser trabalhados a partir da educação; e. Mostrar como as formas não violentas de educação podem ser empregadas de acordo com as fases do desenvolvimento da criança; f. Conversar sobre a importância da rotina e das regras para o desenvolvimento saudável da criança; g. Discutir como estabelecer rotinas e regras adequadas às fases de desenvolvimento da criança. h. Retomar o diário. Fortalecer as competências para o cuidado

10º MÊS
18ª VISITA

Temas	Intervenções

✓ ✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Conversar sobre a importância da estimulação e do brincar para o desenvolvimento motor, cognitivo, afetivo e social da criança; b. Mostrar como os brinquedos e as brincadeiras podem ser utilizados para estimular a criança; c. Incentivar a mãe a continuar estimulando seu filho; d. Conversar sobre a como a mãe pode estimular a linguagem da criança; e. Incentivar a mãe estimular a linguagem da criança. f. Observar as reações do bebê à mãe, ao ambiente, à visitadora etc.; g. Conversar sobre a importância da interação da criança com a mãe e o ambiente para o desenvolvimento saudável; h. Observar, junto com a mãe, como está o desenvolvimento da criança. i. Retomar o diário.

11º MÊS
19ª VISITA

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc.	a. Conversar sobre as fases críticas relacionadas ao desenvolvimento da criança; b. Discutir como estes problemas podem ser identificados e, quando necessário, quais serviços devem ser procurados; c. Procedimentos e exames básicos que devem ser realizados nas consultas de rotina; d. Dificuldades para acessar e utilizar o serviço de saúde. e. Retomar o diário.

11º MÊS
20ª VISITA:

Temas	Intervenções
✓ Durante as visitas SEMPRE pedir para a mãe ajuda-lo na abordagem ao bebe. Solicitar que ELA retire a roupa do bebe para facilitar o exame físico, solicitar que ela demonstre como amamenta, enfim todas as ações devem passar pela relação mãe-bebe. ISSO É IMPORTANTE POR	a. Conversar sobre os fatores que podem colocar em risco o desenvolvimento saudável da criança; b. Conversar sobre a importância do afeto para o desenvolvimento saudável da criança e de como se pode desenvolver uma relação afetiva com a criança;

SERVIRÁ DE BASE PARA A OBSERVAÇÃO DA RELAÇÃO MAE-BEBE. ✓ Discutir com a mãe sobre o acompanhamento médico da criança, pedir para ver a caderneta da criança, verificar se houve intercorrências de saúde, uso de medicamentos, etc. ✓ Observar a criança, a mãe, o ambiente etc.;	c. Conversar sobre como a higiene da criança pode ser feita de forma segura e saudável e, sempre que possível, mostrar como pode ser feito e fazer junto; d. Observar se os cuidados básicos de higiene estão sendo dados à criança. Se houver algo que chame atenção, verificar o que está acontecendo e discutir o que poder ser feito. e. Retomar o diário.

10 SUPERVISÕES DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELAS ENFERMEIRAS VISITADORAS

A atividade de supervisão das visitas deve ocorrer semanalmente, sob a coordenação de um Enfermeira (o) que obteve capacitação teórica e prática do Programa Jovens Mães Cuidadoras e outros profissionais da área da saúde que também foram capacitados pelo programa com objetivo de promover discussões com enfoque interdisciplinar.

O encontro deve ter no máximo duas horas de duração. Deve-se utilizar-se uma metodologia participativa, com questões disparadoras ou os próprios supervisores solicitam ás enfermeiras para iniciarem suas falas de acordo com suas demandas mais valoradas naquela semana. As enfermeiras a partir de então, informam suas vivências, dificuldades, facilidades nos casos encontrados e compartilham experiências das visitas entre o grupo.

Os Supervisores acolhem e discutem os temas surgidos no grupo, promovem a autorreflexão para elaboração de estratégias, retomam o referencial teórico do Programa e através de um processo de Educação Permanente buscam subsídios para aprimorar o conhecimento científico, as habilidades e atitudes das enfermeiras.

A Supervisão inclui não só a discussão casos clínicos, mas também a discussão e resolução das questões administrativas do processo de trabalho. Observa-se que a relação de confiança entre supervisor e enfermeiro visitador é extremamente necessária, pois as enfermeiras sinalizam esse momento de forma positiva e como uma oportunidade de escuta de suas demandas; um encontro onde são interligados o saber e fazer do enfermeiro, priorizando a integralidade do cuidado com essas gestantes e famílias, promovendo o desenvolvimento de intervenções mais participativas e transformadoras.

REFERÊNCIAS

Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. American Psychologist, 44, 709-716.

BANDURA, A. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: BANDURA, Albert (ed.) Self-Efficacy in Changing Societies. New York, NY: Cambridge University Press, p. 1-45, 1995.

Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Bowlby, J. (1989). Uma base segura: aplicações clínicas da teoria do apego (S. M. Barros, Trad.). PortoAlegre:Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1988)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentos regionais brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI – Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: módulo1 . Brasília: Ministério da Saúde, v.2, 2002. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Caderneta de Saúde da Criança. 8ªed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº23. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de baixo risco. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº32. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº33. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº34. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Dez passos para uma alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira Promovendo a Alimentação Saudável. Brasilia: Ministério da Saúde, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. American Psychologist, 44, 709-716.

SÃO PAULO. Manual técnico: Saúde da Criança e do Adolescente nas Unidades Básicas de Saúde. / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família. – 4. ed. 89p. São Paulo : SMS, 2012.

SÂO PAULO. São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde Programa mãe paulistana. Manual técnico: saúde da criança- 1º ano de vida. / Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006

WHO. Care for Child Development. A Framework for Monitoring and Evaluating the WHO/UNICEF Intervention. Switzerland: World Health Organization, 2012.

WHO. Care for Child Development. Facilitator Notes. Switzerland: World Health Organization, 2012

WHO. Care for Child Development. Guide for Clinical Practice. Switzerland: World Health Organization, 2012.

WHO. Care for Child Development. Counsel the family on Care for Child Development. Counselling Cards. Switzerland: World Health Organization, 2012.

Wright LM, Leahey, M. Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família. 3ª ed. São Paulo: Roca, 2002

ANEXO A

Programa de Visitação de Jovens Mães

Queixas

Sinais e sintomas apresentados desde a última visita:

_____

_____

_____

_____

Intercorrências desde a última visita:

_____

_____

_____

Consulta de pré-natal: ( )Sim ( )Não ( )Faltou, motivo:

_____

_____

_____

_____

Hábitos e rotinas

Hábitos Alimentares:

_____

_____

_____

Medicações em uso:

_____

_____

_____

Fumo: ( )Não ( )Sim, nº de cigarros/dia: ____

Álcool: ( )Não ( )Sim, nº de doses/dia: ____

Esforço físico intenso: ( )Não ( )Sim

Drogas ilícitas: ( )Não ( )Sim, qual: _____ quantidade: _____

Exposição a agentes químicos e físicos nocivos: ( )Não ( )Sim, quais: _____

Fatores Estressores: _____

Exame Físico da gestante

Peso: _____Kg Altura: ___,___m IMC: _____ Altura uterina: _____cm

PA: _____mmHg Pulso: _____bpm FR:_____mpm Temperatura: _____ºC

DUM: ___/___/___ DPP: ___/___/___ IG: ____sem.

Mamas

Simétricas: ( )Sim ( )Não

Presença de Colostro: ( )Sim ( )Não

Turgidas: ( )Sim ( )Não

Sinais de inflamação: ( )Sim ( )Não

Condição Mamilar: ( )Protuso ( )Plano ( )Invertido

Amamentação anterior: ( )Sim ( )Não

Abdome

( )Plano ( )Globoso ( )Protuso ( )Flácido ( )Distendido ( )RHA+ ( )RHA-

( )Timpânico ( )Maciço

Palpação: Altura uterina: ____cm ( )Sem alterações ( )Alteração: _____

Movimentação Fetal: ( )Sim ( )Não

Batimentos Cardiofetais audíveis na consulta de pré-natal: ( )Sim ( )Não

Sistema Geniturinário

Alterações urinárias: ( )Não ( )Sim, especifique: _____

Secreção Vaginal: ( )Não ( )Sim, aspecto: _____

Sangramento: ( )Não ( )Sim, aspecto: _____ características: _____

PRÓXIMO AGENDAMENTO: _____

	Planejamento da VISITA **tempo:**
CUIDADOS COM A SAÚDE	
SAUDE AMBIENTAL	
CURSO DE VIDA	
PARENTING	
FAMILIA	
REDE SOCIAL	
Impressões pessoais da visitadora	**Problemas identificados. Potencias. Receptividade. Competências.**
Plano para a próxima visita	**Propostas para fortalecimento . Propostas para superar os problemas.**

Alguém ficou junto com a mãe na visita?

( ) 0. Não

( ) 1. Sim

Caso sim, quem?

Escala de Edimburgo (EPDS)

Tabela. Versão em Português, para uso no Brasil, da Edinburgh Postnatal Depression Scale

Edimburgo pós-natal depressão escala(EPDS)

Nome:_____

Data:_____

Idade do bebê:_____

Pontuação:_____

Aplicador da escala:_____

Nos últimos 7 dias:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.

□Como eu sempre fiz.
□Não tanto quanto antes.
□Sem dúvida menos que antes.
□De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.

□Como sempre senti.
□Talvez menos do que antes.
□Com certeza menos.
□De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.

□Sim, na maioria das vezes.
□Sim, algumas vezes.
□Não muitas vezes.
□Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.

□Não, de maneira alguma.
□Pouquíssimas vezes.
□Sim, algumas vezes.
□Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.

□Sim, muitas vezes.
□Sim, algumas vezes.

□Não, muitas vezes.
□Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.

□Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
□Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
□Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
□Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.

□Sim, na maioria das vezes.
□Sim, algumas vezes.
□Não, muitas vezes.
□Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.

□Sim, na maioria das vezes.
□Sim, muitas vezes.
□Não muitas vezes.
□Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.

□Sim, na maioria das vezes.
□Sim, muitas vezes.
□De vez em quando.
□Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.

□Sim, muitas vezes, ultimamente.
□Algumas vezes nos últimos dias.
□Pouquíssimas vezes, ultimamente
□Nenhuma vez.

*Versão adaptada por Santos et al. (1999), em Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. British Journal Of Psychiatry, (1987).

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

	De modo nenhum é verdade (1)	Dificilmente é verdade (2)	Moderadamente verdade (3)	Exatamente verdade (4)
1. Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante				
2. Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero				
3. É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos				
4. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados				
5. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas				
6. Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário				
7. Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações				
8. Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções				
9. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer				
10. Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo				

ESCALA DE APEGO MATERNO-FETAL

Por favor, responda às perguntas seguintes sobre você e o bebê que você está esperando. Não existem respostas certas ou erradas. Sua prime impressão é que melhor mostra seus sentimentos. Marque apenas uma resposta por pergunta.

Eu penso ou faço o seguinte	Quase sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca
1. Eu converso com o meu bebê na barriga					
2. Eu acho que apesar de toda dificuldade, a gravidez vale a pena					
3. Eu gosto de ver minha barriga se mexer quando o bebê chuta					
4. Eu me imagino alimentando o bebê					
5. Eu realmente estou ansiosa para ver como vai ser o meu bebê					
6. Eu me pergunto se o bebê se sente apertado lá dentro					
7. Eu chamo o meu bebê por um apelido					
8. Eu me imagino cuidando do bebê					
9. Eu quase posso adivinhar qual vai ser a personalidade do meu bebê pelo modo como ele se mexe					
10. Eu já decidi que nome eu vou dar se for uma menina					
11. Eu faço coisas para manter a saúde que eu não faria se não estivesse grávida					
12. Eu imagino se o bebê pode ouvir, dentro de mim					
13. Eu já decidi que nome eu vou dar se for um menino					
14. Eu imagino se o bebê pensa e sente “coisas” dentro de mim					
15. Eu procuro comer o melhor que eu posso para o meu bebê ter uma boa dieta					
16. Parece que o meu bebê chuta e se mexe para me dizer que é hora de comer					
17. Eu cutuco meu bebê para que ele me cutuque de volta					
18. Eu mal posso esperar para segurar o bebê					
19. Eu tento imaginar como o bebê vai se parecer					
20. Eu acaricio minha barriga para acalmar o bebê quando ele chuta muito					

21. Eu posso dizer quando o bebê tem soluço					
22. Eu sinto que meu corpo está feio					
23. Eu deixo de fazer certas coisas, para o bem do meu bebê					
24. Eu tento pegar o pé do meu bebê para brincar com ele					

ANEXO B

DADOS SOBRE GRAVIDEZ E PARTO

Pré-natal iniciou no: ( ) 1o trimestre ( ) 2o Trimestre ( )3o Trimestre Número de consultas do pré-natal: _____

Gravidez: ( ) simples ( ) múltipla

Sorologias realizadas no pré-natal para os agravos (em CID 10)

Z21* ( ) não realizada ( ) Normal ( ) Alterada

Trim.1o ( ) 2o( ) 3o ( )

A53 ( ) não realizada ( ) Normal ( ) Alterada

Trim.1o ( ) 2o( ) 3o ( )

B18 ( ) não realizada ( ) Normal ( ) Alterada

Trim.1o ( ) 2o( ) 3o ( )

B58* ( ) não realizada ( ) Normal ( ) Alterada

Trim.1o ( ) 2o( ) 3o ( )

*Anotacao de acordo com a CID 10

Sorologias maternas realizadas ainda na maternidade para os agravos (em cid10)

Z21* ( ) não realizada ( ) normal ( ) alterada

A53 ( ) não realizada ( ) normal ( ) alterada

Trim.1o ( ) 2o( ) 3o ( )

Outros agravos (cid10):

Conduta:

Intercorrências clínicas da gravidez e parto _____

_____

Imunização ( )esquema completo

( ) esquema completo

( ) não realizou

( ) sem informacão

Suplementação de ferro ( )sim

( ) não realizou

( ) sem informacão

Tipo de parto

( ) normal

( ) cesáreo

( ) fórceps

Indicação:_____

Parto realizado ( ) hospital/clínica

( ) domicílio

( ) casa de parto

( ) outro

Profissional que assistiu o recém-nascido (Rn):

( ) pediatra ( ) enfermeira

( ) parteira ( ) outro

DADOS DO BEBÊ REFERENTES AO NASCIMENTO

Nascido ás: _____h, do dia_____/____/____

Maternidade/uf:_____

Peso ao nascer:_____g comprimento ao nascer:_____cm

Perímetro cefálico:____cm ( ) masculino ( ) feminino

Apgar: 1o min_____5o min_____

Idade gestacional: _____semanas_____dias

Tipagem sanguínea do rn:_____mãe:_____

Peso na alta:_____g data da alta:_____/_____/_____

Triagem neonatal:

Sinal de Ortolani: ( ) negativo ( ) positivo conduta:

Teste do reflexo vermelho: ( )não ( ) sim

Data da alta:____/____/_____

TRIAGEM NEONATAL

Sinal de ortolani: ( ) negativo ( ) positivo

Conduta:_____

Teste do reflexo vermelho: ( ) normal ( ) alterado conduta ( )

Resultados:

Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado

Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado

Anemia falciforme ( ) normal ( ) ( ) alterado

Outros_____

Triagem auditiva: ( ) não ( ) sim Data___/___/___

Teste realizados: peate* ( ) eoa** ( )

Resultado: OD_____ OE_____ (normal/alterado).

Conduta:_____

*Peate-potencial evocado auditivo de tronco encefálico ** eoa-emissões otocústicas

Alimentação na alta:

( ) aleitamento materno

( ) aleitamento misto

( ) artificial

Outros dados importantes :
_____
_____
_____

Exame Físico da Puérpera

Parabenizar pela chegada da criança. Perguntar como foi à experiência do parto, como se sentiu.

_____
_____
_____
_____

Observar indícios de depressão pós-parto e se houve intercorrências pós-parto (aplicar Escala de Depressao pos-parto Edimburgo)

_____
_____
_____

Fazer avaliação física da loquiação, episiorrafia ou rafia da cesárea .

Avaliar as mamas, observar a amamentação, orientando e incentivando o aleitamento materno exclusivo

Orientações durante a avaliação fisica: à atividade sexual e planejamento reprodutivo, situação vacinal da mãe e da criança.

Peso: _____Kg Altura: ___,___m IMC:____ PA: _____mmHg

Pulso: _____bpm FR:_____mpm Temperatura: _____ºC

Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesárea ( ) fórceps

Pescoço

( )Pele integra ( )Com lesão

Nódulos: ( )Sim, aspecto: _____ ( )Não

Extase jugular: ( )Sim ( )Não

Tórax

( )Simétrico ( )Assimétrico ( )Integro ( )Com lesão

Ausculta cardíaca: bulhas: _____

Ausculta respiratória: ( )MV+ ( )RA tipo: _____

Mamas

Presença de Secreção Látea: ( )Sim ( )Não

Turgidas: ( )Sim ( )Não

Sinais de inflamação: ( )Sim ( )Não

Ingurgitamento: ( )Sim ( ) Não

Condição Mamilar: ( )Protuso ( )Plano ( )Invertido

Presença de rachaduras ou outras lesões ( ) sim ( ) não

Dor a palapação:

Abdome

( )Plano ( )Globoso ( )Protuso ( )Flácido ( )Distendido

( )RHA+ ( )RHA-

( )Timpânico ( )Maciço

Palpação: Involução uterina: ____cm

Dor a palpação

Incisão cirúrgica da cesariana: ( ) limpa ( ) seca ( ) presença de sujidade ( ) pontos íntegros ( ) sinais de inflamação _____

Função intestinal: ( ) habitual ( ) constipação ( ) diarréia

Sistema Geniturinário:

Alterações urinárias: ( )Não ( )Sim, especifique: _____

Loquiação: ( )Não ( )Sim, aspecto: _____ características: _____

Períneo: ( ) varicosidades ( ) hemorroidas ( ) episiotomia ( ) laceração

Dor ao urinar

Sistema Tegumentar

Estrias: ( ) sim ( ) não, aspecto:_____

Hiperpigmentação: ( ) face ( ) abdômen ( ) mama

Sudorese: ( ) sim ( )não

Unhas quebradiças: ( ) sim ( ) não

Observações:

_____

_____

_____

_____

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS)

J. L. Cox, J. M. Holden, R. Sagovsky, 1987 © British Journal of Psychiatry; tradução: Maria Fátima S. dos Santos e Célia C. Moraes / supervisão de tradução: Prof. João Dino F. P. Santos Depto. de Letras UnB / Validação: Maria Fátima S. Santos, Francisco M. C. Martins e Luis Pasquali Depto. de Psicologia UnB

Nome: _____

Data de nascimento do bebê: _____/_____/_____

Você teve há pouco tempo um bebê e nós gostaríamos de saber como você está se sentindo. Por favor, marque a resposta que mais se aproxima do que você tem sentido NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje.

Eu tenho me sentido feliz:

- ☐ Sim, todo o tempo.
- ☐ Sim, na maior parte do tempo.
- ☐ Não, nem sempre.
- ☐ Não, em nenhum momento.

Esta resposta quer dizer: "Eu me senti feliz na maior parte do tempo" na última semana. Por favor, assinale as questões seguintes do mesmo modo.

Nos últimos sete dias

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.
- ☐ Como eu sempre fiz.
- ☐ Não tanto quanto antes.
- ☐ Sem dúvida menos que antes.
- ☐ De jeito nenhum.

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia.
- ☐ Como sempre senti.
- ☐ Talvez menos do que antes.
- ☐ Com certeza menos.
- ☐ De jeito nenhum.

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.
- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.
- ☐ Não, de maneira alguma.
- ☐ Pouquíssimas vezes.
- ☐ Sim, alguma s vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia.
- ☐ Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
- ☐ Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
- ☐ Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
- ☐ Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.
- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, algumas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, nenhuma vez.

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.
- ☐ Sim, na maioria das vezes.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ Não muitas vezes.
- ☐ Não, de jeito nenhum.

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.
- ☐ Sim, quase todo o tempo.
- ☐ Sim, muitas vezes.
- ☐ De vez em quando.
- ☐ Não, nenhuma vez.

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.
- ☐ Sim, muitas vezes, ultimamente.
- ☐ Algumas vezes nos últimos dias.
- ☐ Pouquíssimas vezes, ultimamente
- ☐ Nenhuma vez.

Como fazer a pontuação

Questões 1, 2, e 4
- Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10
- Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

Considera-se como **Depressivas** puérperas com score de respostas igual ou superior a 12

Roteiro para Exame Físico do Bebê

Nome do RN:_____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: Cor/Raca:_____

Peso:_____kg Comprimento: _____cm Temperatura: _____C

Fácies

( )Ativo ( )Hipoativo ( )Hiperativo ( )Letárgico ( )Sorridente

( )Irritado ( )Dor ( )Colaborativo ( )Incomodado ( )Choro fácil

( )Choro fraco ( )Choro estridente

Cabeça

Crânio: ( )Simétrico ( )Assimétrico

Couro Cabeludo: ( )Limpo ( )Presença de sujidade ( )Integro

( )Lesão _____

Perímetro Cefálico: _____cm 1° e 2° mês de vida – 2cm mês

3º e 4º mês de vida – 1,5cm mês

5º a 12º mês de vida – 0,5cm mês

No 2º ano de vida – 0,3cm mês

Fontanelas: ( )Abertas ( )Fechadas - devem fechar por volta do 2º mês

Olhos

Pupilas: ( )Simétricas ( )Assimétricas

( )Exoftalmia ( )Estrabismo ( )Microftalmia ( )Secreção _____

( )Lacrimejamento

Reflexos visuais: ( )Presentes ( )Ausentes

Reflexos auditivos: ( )Presentes ( )Ausentes

Orelhas

( )Simétricas ( )Assimétricas ( )Implantação alta ( )Implantação baixa

( )Implantação regular

Nariz

( )Mucosa corada ( )Mucosa descorada ( )Secreção _____

( )Obstruído ( )Coriza

Boca

( )Mucosa corada ( )Mucosa descorada ( )Integra

( )Lesão_____ ( )Secreção_____

Pescoço

Gânglios palpáveis: ( )Não ( )Sim. Quais? _____

Rigidez Nucal: ( )Não ( )Sim

Pele e subcutâneo

Cor: ( )Cianose ( )Palidez ( )Icterícia ( )Eritema ( )Exantema ( )Púrpura ( )Mácula ( )Discronia ( )Hipocromia ( )Hipercromia

( )Pigmentação anormal endógena/exógena ( )Milium Sebáceo

( )Descamação, região:_____ ( )Lesão, região: _____

( )Mancha Mongólica, região: _____

Tórax

( )Simétrico ( )Assimétrico ( )Integro ( )Com lesão

Ausculta Cardíaca: bulhas: _____

Pulmão

( )Respiração Abdominal ( )Respiração Torácica ( )Tiragem intercostal

( )Respiração rítmica ( )Respiração arrítmica

Uso de músculos acessórios: ( )Sim ( )Não

Ausculta Respiratória: ( )MV+ ( )MV- ( )RA tipo: _____

Abdome

( )Plano ( )Globoso ( )Flácido ( )Distendido ( )RHA+ ( )RHA-

( )Timpânico ( )Maciço ( )Dor a palpação, quadrante: _____

( )Palpação sem alterações ( )Massa Palpável: _____

Coto Umbilical

( )Limpo ( )Secretivo, descrever: _____

( )Cicatrização ____+/____+ ( )Sinais inflamação: _____

Geniturinário

Meninos: ( )Fimose + ( )Fimose – ( )Higiene Preservada

( )Presença de sujidade ( )Secreção:_____

( )Testículos em bolsa escrotal ( )Testículos ausentes

( )Reflexo Cremastérico + ( )Reflexo Cremastérico - ( )Hidrocele

( )Hipospádia ( )Epispádia

Meninas: ( )Sinéquia labial ( )Lesões ( )Escoriações ( )Hiperemia

( )Higiene Preservada ( )Presença de sujidade ( )Secreção: _____

Membros Superiores

( )Pele integra ( )Lesão, tipo:_____

( )Perfusão mantida ( )Cianose ( )Edema ( )Hematomas ( )Manchas

( )Movimentos preservados ( )Movimentos prejudicados

( )Simétricos ( )Assimétricos ( )Baqueteamento Digital

( )Pulsos Palpáveis ( )Pulsos não palpáveis

Membros Inferiores

( )Pele integra ( )Lesão, tipo:_____

( )Perfusão mantida ( )Cianose ( )Edema ( )Hematomas ( )Manchas

( )Movimentos preservados ( )Movimentos prejudicados

( )Simétricos ( )Assimétricos ( )Pulsos Palpáveis ( )Pulsos não palpáveis

( )Manobra de Ortolani + ( )Manobra de Ortolani -

Dobras da coxa: ( )Simetricas ( )Assimétricas

Pregas Glúteas: ( )Simétricas ( )Assimétricas

Pregas Poplíteas: ( )Simétricas ( )Assimétricas

INTERVENÇÃO REALIZADA:

_____

_____

_____

_____

EXAME NEUROLÓGICO	Observar comportamentos da criança comparados ao comportamento habitual e ao esperado para fase de desenvolvimento. Avaliar nível de consciência, atividade normal habitual ou hipoatividade.
AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS	
Estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessária às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem. Reflexo é uma reação corporal automática à estimulação. Comportamentos reflexos ou respondentes são interações estímulo resposta (ambiente-sujeito) incondicionais.	
Reflexo de moro	Utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços, sendo detectado até o 3º mês de vida.
Preensão palmar	Colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível das metacarpofalangianas. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente, sendo detectado até o 3º mês de vida.
Reflexos de sucção	É provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada, sendo detectado até o 3º mês de vida.
Reflexo extensão plantar	Imobilize o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região infra-maleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos, sendo detectado somente no 1º mês de vida.
Reflexo de marcha	Em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos, sendo detectado até o 2º mês de vida.
Reflexo tônico – cervical	Virar a cabeça da criança para um dos lados do corpo e ela assumirá a posição de esgrimista, sendo detectado até o 3º mês de vida.

OUTROS REGISTROS:

_____
_____
_____
_____
_____

	PLANEJAMENTO DA VISITA Á PUÉRPERA E AO BEBÊ **tempo:**
CUIDADOS COM A SAÚDE	
SAUDE AMBIENTAL	
CURSO DE VIDA	
PARENTING	
FAMILIA	
REDE SOCIAL	
Impressões pessoais da visitadora	**Problemas identificados. Potencias. Receptividade. Competências.**
Plano para a próxima visita	**Propostas para fortalecimento. Propostas para superar os problemas.**

ANEXO C

Roteiro para Exame Físico do Bebê

Nome do RN:_____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: Cor/Raca:_____

Peso:_____kg Comprimento: _____cm Temperatura: _____C

Fácies

( )Ativo ( )Hipoativo ( )Hiperativo ( )Letárgico ( )Sorridente

( )Irritado ( )Dor ( )Colaborativo ( )Incomodado ( )Choro fácil

( )Choro fraco ( )Choro estridente

Cabeça

Crânio: ( )Simétrico ( )Assimétrico

Couro Cabeludo: ( )Limpo ( )Presença de sujidade ( )Integro

( )Lesão _____

Perímetro Cefálico: _____cm 1° e 2° mês de vida – 2cm mês

3º e 4º mês de vida – 1,5cm mês

5º a 12º mês de vida – 0,5cm mês

No 2º ano de vida – 0,3cm mês

Fontanelas: ( )Abertas ( )Fechadas - devem fechar por volta do 2º mês

Olhos

Pupilas: ( )Simétricas ( )Assimétricas

( )Exoftalmia ( )Estrabismo ( )Microftalmia ( )Secreção _____

( )Lacrimejamento

Reflexos visuais: ( )Presentes ( )Ausentes

Reflexos auditivos: ( )Presentes ( )Ausentes

Orelhas

( )Simétricas ( )Assimétricas ( )Implantação alta ( )Implantação baixa

( )Implantação regular

Nariz

( )Mucosa corada ( )Mucosa descorada ( )Secreção _____

( )Obstruído ( )Coriza

Boca

( )Mucosa corada ( )Mucosa descorada ( )Integra

( )Lesão_____ ( )Secreção_____

Pescoço

Gânglios palpáveis: ( )Não ( )Sim. Quais? _____

Rigidez Nucal: ( )Não ( )Sim

Pele e subcutâneo

Cor: ( )Cianose ( )Palidez ( )Icterícia ( )Eritema ( )Exantema ( )Púrpura ( )Mácula ( )Discronia ( )Hipocromia ( )Hipercromia

( )Pigmentação anormal endógena/exógena ( )Milium Sebáceo

( )Descamação, região:_____ ( )Lesão, região: _____

( )Mancha Mongólica, região: _____

Tórax

( )Simétrico ( )Assimétrico ( )Integro ( )Com lesão

Ausculta Cardíaca: bulhas: _____

Pulmão

( )Respiração Abdominal ( )Respiração Torácica ( )Tiragem intercostal

( )Respiração rítmica ( )Respiração arrítmica

Uso de músculos acessórios: ( )Sim ( )Não

Ausculta Respiratória: ( )MV+ ( )MV- ( )RA tipo: _____

Abdome

( )Plano ( )Globoso ( )Flácido ( )Distendido ( )RHA+ ( )RHA-

( )Timpânico ( )Maciço ( )Dor a palpação, quadrante: _____

( )Palpação sem alterações ( )Massa Palpável: _____

Coto Umbilical

( )Limpo ( )Secretivo, descrever: _____

( )Cicatrização ____+/____+ ( )Sinais inflamação: _____

Geniturinário

Meninos: ( )Fimose + ( )Fimose – ( )Higiene Preservada

( )Presença de sujidade ( )Secreção:_____

( )Testículos em bolsa escrotal ( )Testículos ausentes

( )Reflexo Cremastérico + ( )Reflexo Cremastérico - ( )Hidrocele

( )Hipospádia ( )Epispádia

Meninas: ( )Sinéquia labial ( )Lesões ( )Escoriações ( )Hiperemia

( )Higiene Preservada ( )Presença de sujidade ( )Secreção: _____

Membros Superiores

( )Pele integra ( )Lesão, tipo:_____

( )Perfusão mantida ( )Cianose ( )Edema ( )Hematomas ( )Manchas

( )Movimentos preservados ( )Movimentos prejudicados

( )Simétricos ( )Assimétricos ( )Baqueteamento Digital

( )Pulsos Palpáveis ( )Pulsos não palpáveis

Membros Inferiores

( )Pele integra ( )Lesão, tipo:_____

( )Perfusão mantida ( )Cianose ( )Edema ( )Hematomas ( )Manchas

( )Movimentos preservados ( )Movimentos prejudicados

( )Simétricos ( )Assimétricos ( )Pulsos Palpáveis ( )Pulsos não palpáveis

( )Manobra de Ortolani + ( )Manobra de Ortolani -

Dobras da coxa: ( )Simetricas ( )Assimétricas

Pregas Glúteas: ( )Simétricas ( )Assimétricas

Pregas poplíteas: ( )Simétricas ( )Assimétricas

IDADE	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	COMO PESQUISAR
0 a 1 mês	**Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada**	Deite a criança em superfície plana, de costas; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.
	Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança e observe se a criança olha para você, de forma evidente.
	Reage ao som	Bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage com movimento dos olhos ou mudança da expressão facial.
	Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruços e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem virar-se para um dos lados.
1 a 2 meses	**Sorriso social quando estimulada**	Sorria e converse com a criança; sem fazer cócegas ou tocar sua face. Observe se ela responde com um sorriso.
	Abre as mãos	Observe se, em alguns momentos, a criança abre as mãos espontaneamente.
	Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se faz em casa.
	Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.
2 a 4 meses	**Resposta ativa ao contato social**	Fique em frente ao bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe/ cuidador o faça.
	Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.
	Emite sons	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc.).
	De bruços levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção com objetos e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.
4 a 6 meses	**Busca alcançar objetos**	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.
	Leva objetos à boca	Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela leva-o à boca.
	Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto. Repita no lado oposto.
	Muda ativamente de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a virar para a posição de bruços.
6 a 9 meses	**Brinca de esconde – achou**	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer, atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás da outra pessoa.
	Transfere objetos de uma mão para outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela transfere-o de sua mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para outra mão.
	Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papa", "dada", "mama". Se não o fizer pergunte à mãe/cuidador se o faz em casa.
	Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.
9 a 12 meses	**Imita gestos**	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar tchau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.
	Faz pinça	Coloque próximo à criança uma jujuba ou uma bolinha de papel. Chame atenção da criança para que ela a pegue. Observe se ao pegá-la ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
	Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (jargão). Caso não for possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
	Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança – Ministério da Saúde. 6ª edição - 2009

ESCALA DE AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEBIDA

	De modo nenhum é verdade (1)	Dificilmente é verdade (2)	Moderadamente verdade (3)	Exatamente verdade (4)
11. Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante				
12. Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero				
13. É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos				
14. Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados				
15. Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas				
16. Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário				
17. Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações				
18. Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções				
19. Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer				
20. Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo				

INTERVENÇÃO REALIZADA:

_____

_____

_____

_____

	VISITA **tempo:**
CUIDADOS COM A SAÚDE	
SAUDE AMBIENTAL	
CURSO DE VIDA	
PARENTING	
FAMILIA	
REDE SOCIAL	
Impressões pessoais da visitadora	**Problemas identificados. Potencias. Receptividade. Competências.**
Plano para a próxima visita	**Propostas para fortalecimento . Propostas para superar os problemas.**

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VALIDAÇÃO DE UM PROGRAMA DE VISITA DOMICILIAR PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Pesquisador: Denise Gonçalves Moura Pinheiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43870615.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.105.407

Data da Relatoria: 09/06/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo proposto é do tipo metodológico e de validação. A presente proposta tem a intenção de validar um programa, que contém temas e assuntos pertinentes à promoção do desenvolvimento infantil, como material e método para se tornar uma intervenção a ser usada na prática assistencial de enfermeiros. Nesta investigação, a proposta metodológica para a validação do programa será adaptada dos critérios estabelecidos no modelo de Pasquali (2011), que envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medida de fenômenos subjetivos e é composta por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos.

O instrumento a ser validado se constitui de programa de intervenção e não de escala psicométrica, portanto é proposta uma adaptação usando apenas os procedimentos teóricos. Os procedimentos teóricos se referem à preocupação com a teorização do construto de interesse. É importante salientar que o conteúdo teórico do programa foi extraído mediante levantamento bibliográfico e sistemático de diversas fontes: livros técnicos, artigos científicos atuais e portais eletrônicos.

A pesquisa será desenvolvida por meio de duas fases: (1) Um primeiro comitê, composto por enfermeiros, irá realizar a validação de face (ou aparência) do programa, ou seja, irão analisar o conteúdo do mesmo e fazer suas considerações. (2) A segunda versão do programa deverá ser

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

aplicada em outro comitê, composto por pesquisadores da área de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde da Família e/ou Saúde Mental, o qual deverá realizar a validação do conteúdo. Para auxiliar na análise pelo comitê de especialistas e pelos juízes, foram elaborados dois questionários relacionados ao programa que está sendo validado. O programa de visitação domiciliar a ser validado foi construído com base em quatro outras experiências de visitação domiciliar: o Family Nursing Partnership (em sua experiência no Reino Unido), o Infância Saudável (desenvolvido pelo Núcleo de Estudos da Violência – NEV, da USP), o Family Home Visiting (programa da Austrália) e o projeto Nossas crianças Janelas de Oportunidades (desenvolvido pela EEUSP).Este programa de visitas domiciliares deve ser executado por

enfermeiros, compreendendo que este profissional de saúde possui os requisitos necessários para realizar abordagens em domicilio tecnicamente qualificadas e resolutivas.
O estudo contará com 22 participantes, entre juízes e enfermeiros.

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Validar um programa de intervenção para a promoção da saúde materno-infantil
Objetivo Secundário:
- Identificar características e/ou conceitos no programa que possam ser aperfeiçoados ou modificados;- Avaliar o programa proposto quanto a legibilidade e validade de conteúdo e de aparência

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
Riscos:
O presente estudo não apresenta nenhum risco direto aos participantes da pesquisa, mas poderá demandar

tempo e empenho na participação.
Benefícios:
A validação deste programa de intervenção será utilizada na prática clínica assistencial de enfermeiros na Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
A pesquisa é bem apresentada e aborda tema de relevância para as estratégias de promoção do desenvolvimento infantil.
Os pesquisadores apresentaram os questionários de avaliação conforme solicitado em parecer anterior.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Foram providenciadas as modificações no TCLE a ser aplicado nos enfermeiros, e apresentado o termo a ser utilizado com os juízes. Os documentos apresentam-se adequados e não possuem pendências éticas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Aprovado

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil.

Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

SAO PAULO, 12 de Junho de 2015

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO 02 – PLANILHA DE ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA – GRUPOS 1 E 2

Questão	Residente1	Residente2	Residente3	Residente4	% Totalmente adequado	% Adequado	% Adequado+
Os objetivos do programa se alinham a uma proposta inovadora de assistência integral na AB	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
Os princípios do programa oferecem suporte teórico para o enfermeiro realizar a intervenção	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	50,0%	50,0%	100,0%
As premissas oferecem diretrizes claras as ações durante a assistência/intervenção	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	50,0%	50,0%	100,0%
É possível ser introduzido na prática clínica do enfermeiro ?	Totalmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	25,0%	50,0%	75,0%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	50,0%	50,0%	100,0%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado criança e sua mãe adolescente	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
Os temas e ações relacionados ao curso de vida oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	0,0%	100,0%	100,0%
A descrição do "que fazer" em cada visita domiciliar está clara	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	50,0%	25,0%	75,0%
Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são de fácil aplicabilidade pelos enfermeiros	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	0,0%	75,0%	75,0%
A ordenação dos conteúdos e ações	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	0,0%	75,0%	75,0%
Clareza do texto	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	50,0%	50,0%	100,0%
O vocabulário utilizado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	50,0%	50,0%	100,0%
Extensão do material	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
Complexidade do texto	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	25,0%	75,0%	100,0%
Total					**29,4%**	**64,7%**	**94,1%**

Questão	Expert1	Expert2	Expert3	Expert 4	Expert 5	Expert6	Expert 7	% Totalmente adequado	% Adequado	% Adequado+
Potencial de inovação das metas para a assistência de enfermagem para a gestante adolescente	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	42,9%	42,9%	85,7%
Clareza dos objetivos	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	57,1%	28,6%	85,7%
Pertinência dos objetivos	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	57,1%	28,6%	85,7%
Pertinência do referencial teórico, descrito nos princípios, para as metas e objetivos do programa	Totalmente inadequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	0,0%	85,7%	85,7%
Premissas básicas capazes de orientar a prática assistencial do enfermeiro na VD	Totalmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	57,1%	28,6%	85,7%
Resultados exequíveis a curto prazo	Adequado	Adequado	Parcialmente Adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	14,3%	71,4%	85,7%
Resultados exequíveis a médio prazo	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	14,3%	57,1%	71,4%
Resultados exequíveis a longo prazo	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	14,3%	57,1%	71,4%
O esquema de visitas proposto é pertinente para uma boa assistência /intervenção	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	0,0%	71,4%	71,4%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a gestante adolescente	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	14,3%	71,4%	85,7%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado ao puerpério da gestante adolescente	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	14,3%	71,4%	85,7%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro no cuidado a criança e sua mãe adolescente	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	28,6%	57,1%	85,7%
Os temas e as ações elencados oferecem suporte para a prática do enfermeiro na Visita Domiciliar	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	14,3%	71,4%	85,7%
Os instrumentos e escalas propostos para utilização no programa são pertinentes para o alcance dos objetivos assistenciais	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado		16,7%	50,0%	66,7%
É importante realizar treinamento dos enfermeiros para atuarem nesse programa	Adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	71,4%	28,6%	100,0%
Abrange temática relevante para a promoção do desenvolvimento infantil	Adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	85,7%	14,3%	100,0%

Aborda premissas importantes para a prática do enfermeiro	Adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	71,4%	28,6%	100,0%
Trata-se de uma tecnologia inovadora	Adequado	Totalmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	28,6%	57,1%	85,7%
É uma combinação de saberes e práticas próprias do enfermeiro	Adequado	Totalmente adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	28,6%	57,1%	85,7%
Tem potencial de escalabilidade	Adequado	Adequado	Totalmente inadequado	Totalmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	14,3%	71,4%	85,7%
Trata-se de uma abordagem que integra saberes interdisciplinares	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	42,9%	42,9%	85,7%
Ressalta a prática clínica do enfermeiro	Adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	28,6%	71,4%	100,0%
Ordenação dos conteúdos e ações	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Totalmente adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	28,6%	57,1%	85,7%
Clareza do texto	Adequado	Parcialmente adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado		16,7%	50,0%	66,7%
Vocabulário utilizado	Parcialmente adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	14,3%	57,1%	71,4%
Extensão do material	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Adequado	Adequado	0,0%	85,7%	85,7%
Complexidade do texto	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado	Adequado	14,3%	71,4%	85,7%
Linguagem comum para os profissionais	Adequado	Adequado	Parcialmente adequado	Adequado	Adequado	Totalmente adequado	Totalmente inadequado	14,3%	57,1%	71,4%
Total								**28,9%**	**55,2%**	**84,0%**