UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM UFAM-UEPA

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL

LUANA AMARAL ALPIREZ

MANAUS
2014

LUANA AMARAL ALPIREZ

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Associado em Enfermagem UFAM-UEPA, na Linha de pesquisa “Educação e Tecnologia de Enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais”.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

MANAUS
2014

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

A457d

Alpirez, Luana Amaral.
Desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral / Luana Amaral Alpirez. - 2014.
85 f. : il..
Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Federal do Amazonas.

1. Recém-nascido – cuidado e tratamento 2. Neonatologia 3.Assistência hospitalar I. Lopes Neto, David, orientador II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU (1997): 613.952(043.3)

LUANA AMARAL ALPIREZ

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Associado em Enfermagem UFAM-UEPA, na Linha de pesquisa "Educação e Tecnologia de Enfermagem para o cuidado em saúde a indivíduos e grupos sociais".

Aprovado em 25 de agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA

Profº Drº David Lopes Neto
Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Arinete Véras Fontes Esteves
Universidade Federal do Amazonas

Profª Drª Semírames Cartonilho de Souza Ramos
Universidade Federal do Amazonas

Dedico este trabalho:

aos meus pais, Luzivan e Vanderly,

exemplos de coragem e determinação que marcaram o meu jeito de ser,

em especial a minha mãe, que por muitas vezes assumiu, em minhas ausências,

com muito carinho e dedicação, o meu papel de mãe;

ao meu marido, José Ricardo,

por compreender a importância desse momento, me incentivando e apoiando sempre;

e a minha filha, Maria Luisa, amor maior, razão de tudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela serenidade, sabedoria e persistência para alcançar o meu objetivo.

Aos meus pais, marido, filha e demais familiares, que me apoiaram no passo a passo da efetivação deste momento.

Ao Prof. Dr. David Lopes Neto, pela orientação na elaboração deste trabalho; pela paciência ao lidar com minhas inquietações, incertezas e desconhecimentos; pelo direcionamento correto dado à pesquisa.

Aos Especialistas que colaboraram na validação deste trabalho, pela disponibilidade e pelo apoio e sugestões valiosas na execução do projeto.

A todos os professores do Curso de Mestrado em Enfermagem, pela dedicação e esforços empreendidos no sentido de ampliar conhecimentos.

Às professoras Arinete Véras Fontes Esteves e Semírames Cartonilho de Souza Ramos, pela participação na Banca Examinadora.

Aos colegas de mestrado, cada um com suas peculiaridades, sempre colaborando um com o outro.

Aos meus amigos e colegas de trabalho, pelo apoio e por sonhar junto.

A todos que acreditam em mim e torcem pelo meu sucesso.

Deus nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta.

Chico Xavier

RESUMO

A atenção às crianças no período pós-natal em serviços básicos de saúde vem sendo estimulada com políticas públicas de comprovada eficácia e de ampla cobertura, visando à redução da morbimortalidade infantil, destacando-se a linha de cuidados "Primeira Semana Saúde Integral", estabelecida na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Esta ação prioriza o atendimento de todos os recém-nascidos na primeira semana de vida pelos profissionais das unidades básicas de saúde no sentido de favorecer a promoção dos cuidados de saúde, bem como a vigilância às situações de risco que determinam o adoecimento ou a morte da criança. Neste contexto, o estudo objetivou desenvolver e validar um instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, para sistematizar o processo de cuidar da Atenção Primária à Saúde na primeira semana de vida do recém-nascido. Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo validação de conteúdo do instrumento desenvolvido, baseando-se nas ações preconizadas na linha de cuidado "Primeira Semana de Saúde Integral" da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no quadro de procedimentos de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIDPI Neonatal e no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Para validação do conteúdo do instrumento, foi utilizada a técnica *Delphi*, por meio da realização de julgamentos e consenso por um grupo de juízes, especialistas na área. Nesse estudo, foi adotado o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido. Os resultados mostram que com a realização de uma fase da técnica *Delphi*, o instrumento, avaliado por 10 (dez) juízes especialistas, apresentou-se adequado quanto à *aparência geral* (nível de consenso 90%), *facilidade de entendimento* (nível de consenso 90 a 100%), *Viabilidade para prática assistencial* (nível de consenso 100%) e *itens contemplados* (nível de consenso 100%). Conclui-se que o instrumento desenvolvido demonstrou validade de conteúdo na opinião dos juízes especialistas e, no momento, apresenta-se compatível ao fim a que se propõe, ou seja, avaliar o recém-nascido na primeira semana de vida, favorecendo e sistematizando o processo de cuidar.

DESCRITORES: Enfermagem. Saúde da Criança. Estudos de Validação.

ABSTRACT

The attention to children in the postnatal period in basic health services has been stimulated with the public policies of proven effectiveness and wide coverage, aimed at reducing child mortality, highlighting the care line "First Week Integra Health", established in Datebook for Comprehensive Child Health and Reducing Child Mortality. This action emphasizes the care of all newborns in the first week of life by professionals from primary health care units in order to facilitate the promotion of health care as well as monitoring risk situations that determine the illness or death of the child. In this context, the study aimed to develop and validate an instrument assessment for the newborn in the First Week of Integral Health to systematize the process of care of primary health care in the first week of life of the newborn. Descriptive study of quantitative approach, methodological development, content validation of the instrument developed based on the actions recommended in the care line "First Week of Integral Health" Datebook for Comprehensive Child Health and Infant Mortality Reduction type in the context of assessment and classification of children 0-2 months of manual and technical AIDPI Neonatal Prenatal and postpartum manual qualified and humanized care. To validate the content of the instrument Delphi technique was used, by conducting trials and consensus by a group of judges, experts in the field. In this study the index was adopted 70% as the minimum level of consensus to be obtained. The results show that with the completion of a phase of the Delphi technique, the instrument rated for 10 (ten) expert judges appeared to be adequate for general appearance (consensus level of 90%), ease of understanding (consensus level 90 100%), Feasibility of care practice level (100% consensus) and included items (level 100% consensus). It is concluded that the developed instrument demonstrated content validity in the opinion of expert judges, and at the time, has to be compatible to end it proposes, to evaluate the newborn in the first week of life, favoring and systematizing care process.

KEYWORDS: Nursing. Child Health. Validation Studies.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo das políticas de atenção à saúde da criança..... 24

Figura 2 - Lista de possíveis problemas identificados no momento da assistência à criança desde a sua concepção..... 26

Figura 3 - Linhas de cuidado prioritárias da ATSCAM..... 28

Figura 4 - Linha de cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal..... 30

Figura 5 - Diagrama do conteúdo do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral..... 41

Figura 6 - Algoritmo de coleta de dados..... 45

Figura 7 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral – bloco A..... 51

Figura 8 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral – bloco B..... 53

Figura 9 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral – bloco C..... 55

Figura 10 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral – bloco D..... 57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição do grupo de juízes especialistas, segundo sexo, faixa etária, qualificação profissional e tempo de experiência..... 49

Tabela 2 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco A, Manaus, 2014..... 52

Tabela 3 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco B, Manaus, 2014..... 54

Tabela 4 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco C, Manaus, 2014..... 56

Tabela 5 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco D, Manaus, 2014..... 58

Tabela 6 - Distribuição da frequência de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, de acordo com a pertinência por bloco, Manaus, 2014..... 58

LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
ATSCAM	Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CNS	Cartão Nacional do SUS
CORSAMI	Coordenação de Saúde Materno-Infantil
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DAPS	Departamento de Assistência e Promoção à Saúde
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIL	Gerenciador de Informações Locais
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PNHPN	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Puerpério
PNS	Programa de Nutrição em Saúde
PSSI	Primeira Semana de Saúde Integral
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 REVISÃO DA LITERATURA 18

2.1 Breve Histórico de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança 18

2.2 Atenção à Saúde da Criança 24

2.3 Primeira Semana de Saúde Integral 28

2.3.1 Ações preconizadas na linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral” 32

2.4 O Enfermeiro e a linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral” 33

2.5 Considerações sobre o Desenvolvimento e Validação de Instrumentos 35

3 OBJETIVOS 38

3.1 Geral 38

3.2 Específicos 38

4 MATERIAL E MÉTODOS 39

4.1 Tipo de estudo 39

4.2 Desenvolvimento de um instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI 39

4.3 Validação de conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI: Técnica Delphi 41

4.4 Sujeitos do estudo 42

4.5 Coleta de dados 44

4.6 Tratamento estatístico dos dados da pesquisa 47

4.7 Aspectos éticos 47

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 49

5.1 Caracterização dos juízes especialistas 49

5.2 Avaliação da validade de conteúdo do instrumento: Técnica Delphi 50

5.3 Intrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral. 59

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 62

REFERÊNCIAS 64

APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA (MODELO) 68

APÊNDICE B – MODELO PRÉVIO DO INSTRUMENTO POR BLOCOS CONFORME SEQUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO 69

APÊNDICE C – CARTA CONVITE 71

APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES 72

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 73

APÊNDICE F – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO 75

APÊNDICE G - INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DO INSRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE UMA FICHA DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI..... 80

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 81

1 INTRODUÇÃO

O Brasil tem firmado compromissos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à gestante e ao recém-nascido com o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012).

No cenário internacional, o Brasil assumiu as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, onde foram estabelecidas oito metas pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, entre as quais está a redução da mortalidade infantil, ou seja, de crianças menores de cinco anos de idade, em dois terços, entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2012).

A taxa de mortalidade infantil (crianças menores de um ano) teve expressiva queda nas últimas décadas no Brasil, com o estabelecimento de estratégias implementadas pelo governo federal, como ações para redução da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, ampliação das taxas de aleitamento materno exclusivo e implantação do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que traz como objetivo articular os atores sociais mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças (BRASIL, 2012).

No campo epidemiológico, estudos mostram a mortalidade neonatal (0 a 28 dias de vida) como o principal componente da mortalidade infantil [1] em termos proporcionais, representando cerca de 60% a 70% desta em todas as regiões do Brasil, com a maior parte dos óbitos neonatais ocorrendo no período neonatal [2] precoce, do nascimento ao 6º dia de vida (BRASIL, 2009). Esta situação, de cuidado adequado ao recém-nascido, tem sido um dos de-

[1] Mortalidade infantil é um indicador demográfico que indica o número de óbitos por cada 1000 nascimentos de nascidos vivos registrados durante o primeiro ano de vida.

[2] Período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois deste. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia, mas antes de 28 dias completos de vida.

safios para reduzir os índices de mortalidade infantil em nosso País (BRASIL, 2012). Os dados demonstram que a primeira semana de vida é um período considerado crítico e, portanto, de grande vulnerabilidade para o recém-nascido, configurando a mortalidade neonatal como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos 90 (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde (MS) tem procurado estabelecer, viabilizar e organizar estratégias a fim de qualificar as Redes de Atenção à Saúde[3] Materno-Infantil em todo País, com vistas à redução das taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012), instituindo programas e políticas de saúde que viabilizem a promoção da saúde integral, ações de prevenção de agravos e assistência, contemplando não apenas a redução da mortalidade infantil, mas a qualidade de vida da criança (BRASIL, 2004).

Em Manaus, a redução da morbimortalidade infantil é uma das cinco questões prioritárias para intervenção evidenciada no diagnóstico sobre a situação de saúde no munícipio. Esse diagnóstico foi realizado para subsidiar a construção e implantação da Rede Saúde Manauara, que propõe um reordenamento da Atenção Primária em Saúde, cujo um dos objetivos prioritários é fortalecer a Atenção à Saúde da Criança e da Mulher (MANAUS, 2014).

Desse modo, a atenção às crianças no período pós-natal em serviços básicos de saúde vem sendo estimulada com políticas públicas de comprovada eficácia e de ampla cobertura, visando à redução da morbimortalidade infantil. Entre estas, destaca-se a linha de cuidados "Primeira Semana Saúde Integral - PSSI", estabelecida na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (SOUZA et al, 2011; BRASIL, 2004). Entendendo como cuidado integral a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo da assistência

[3] Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

(BRASIL, 2004). Esta ação prioriza o atendimento pelos profissionais de unidades básicas de saúde de todos os recém-nascidos no sentido de favorecer a promoção dos cuidados de saúde, bem como a vigilância às situações de risco que determinam o adoecimento ou a morte da criança (SOUZA et al, 2011).

Destaca-se, no âmbito da Atenção à Saúde Materna e Infantil, a Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – A Rede Cegonha, que tem como objetivos fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Dentro do componente pré-natal, umas das estratégias é a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto. Na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA/Manaus), essa vinculação tem sido estimulada através de fóruns distritais entre a maternidade e as unidades de saúde vinculadas a ela, incluindo nas discussões a contrarreferência da dupla mãe-bebê após a alta hospitalar (BRASIL, 2011).

No componente que trata do puerpério e da atenção integral à saúde da criança, uma das ações consiste no acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento (BRASIL, 2011). Nesse contexto, a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) configura-se como uma estratégia de saúde pública, tendo uma função importante não apenas no sentido de orientar as mães sobre os cuidados com o bebê mas também visa apoiá-las neste período de intensas mudanças na família com a chegada da criança (SOUZA et al, 2011).

Enfatizam-se as ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a vacinação recomendada, importância da realização do teste do pezinho, do olhinho, da orelhinha para detecção precoce de doenças, a avaliação de risco do bebê e das condições de saúde das mães (BRASIL, 2004). E, atualmente, insere-se nesse elenco de testes de triagem neonatal a oximetria de pulso do recém-nascido, conhecido como teste do coraçãozinho, que no Amazonas tornou-se obrigatório em todas as maternidades com a promulgação da Lei nº 145/2013 de 21 de maio de 2013 (AMAZONAS, 2013). E, no Brasil, o referido teste foi incorporado como parte da triagem neonatal no SUS com a Portaria Nº 20 de 10 de junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Diante da situação problema apresentada e da vivência da pesquisadora como enfermeira da Estratégia Saúde da Família, atuando no atendimento ao recém-nascido na primeira semana de vida, buscou-se elaborar um projeto que articulasse a enfermagem e a saúde da criança, com o intuito de sistematizar passo-a-passo a avaliação do recém-nascido, preocupando-se também com a uniformidade dessa avaliação, ou seja, que todos os recém-nascidos fossem avaliados considerando a mesma sequência de itens e critérios preconizados na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

E, posteriormente, ao atuar como coordenadora distrital da Saúde da Criança, percebeu-se que um processo de trabalho sistematizado além de facilitar o planejamento das ações e trazer uniformidade para o atendimento, um instrumento para avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral também poderá possibilitar a análise de indicadores relacionados às ações preconizadas na linha de cuidado "Primeira Semana de Saúde Integral" da Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

A partir dessas inquietações, buscando implementar a proposta trazida pela linha de cuidado "Primeira Semana de Saúde Integral", compreendendo a importância dessa estratégia

para a redução da morbimortalidade infantil e considerando que na literatura não foram encontrados instrumentos validados que subsidiem a avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, elaborou-se a seguinte questão de pesquisa: **qual a validade de conteúdo do instrumento, desenvolvido neste estudo, para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral?**

Desse modo, a elaboração de um instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral validado, capaz de sistematizar esse atendimento ao recém-nascido na primeira semana de vida, torna-se relevante e necessário para a prática dos profissionais da saúde, entre eles, o Enfermeiro, haja vista que a vivência da pesquisadora, como enfermeira e coordenadora distrital da saúde da criança possibilitou identificar que este profissional (Enfermeiro) é o que mais realiza a avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Breve Histórico de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança

As primeiras políticas públicas de saúde, em nível de mundo, surgiram a partir de grandes transformações políticas, sociais e econômicas na Europa no século XVIII, quando houve o estabelecimento de novas relações de poder entre estado e sociedade e o nascimento da medicina social, direcionando as políticas para o controle social, privilegiando a higiene, a infância e a medicalização da família, transformando o olhar desta que começa a se organizar em torno da criança (NETO, 2008).

Ainda nesse período, surgiu um marco em relação à infância, o reconhecimento deste período cronológico como uma etapa distinta e com características próprias de desenvolvimento humano, conferindo-lhe certa individualidade. Desse modo, o principal objetivo das primeiras políticas de saúde consistia em produzir maior número de crianças, com boas condições de vida, sob a imposição de um conjunto de obrigações, tanto aos pais, quanto aos filhos (AIRÈS, 2006).

No Brasil, ao longo das últimas décadas, o conjunto de intervenções voltadas para a atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde. A elaboração dessas políticas voltadas ao recém-nascido/criança proporcionou a consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil, que tiveram papel fundamental na organização dos sistemas e serviços de saúde (COSTA, 2010).

A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, tal como se apresenta atualmente, foi assim denominada em 1998, mas sua história vem sendo construída há déca-das, passando por uma série de mudanças de nomenclatura e gestão. Atualmente, a Área é

subordinada ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2011).

Nas décadas de 1930 e 1940, foi instituído, durante o Estado Novo (1937/1945), o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância (BRASIL, 2011).

Nesse período, a Constituição de 1937 ampliou o âmbito da proteção à infância e colocou a assistência nos casos de carência do menor a encargo do Estado. Neste mesmo Estado Novo, surgem novas entidades de iniciativa e de ação direta da Federação, que ofereciam assistência e educação básica a crianças e jovens, tais como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Darcy Vargas, Casa do Pequeno Jornaleiro, Casa do Pequeno Trabalhador e Casa das Meninas (OTENIO, 2008).

Em 1940, as atividades que eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro. O documento estabelecia as orientações para a implantação, nas esferas estadual e municipal, de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais, e delegava ao DNCr as atribuições descritas no Decreto-Lei, tinha como foco Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (BRASIL, 2011).

Com o final da ditadura do Estado Novo, muda a Carta Constitucional em 1946, mas esta manteve o cuidado do menor que a Constituição de 1934 apresentava (OTENIO, 2008). Assim, o DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de

normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Nas décadas de 1950 a 1970, houve o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde. O que determinou que o Ministério da Saúde incorporasse e assumisse as ações até então de responsabilidade do DNCr. Em 1969, o DNCr foi extinto, sendo então criada, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI). Essa coordenação era vinculada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011).

A formalização das políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil ocorreu a partir da década de 70, com a implantação do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, cujas ações estavam basicamente voltadas para o acompanhamento do pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério, e também para as ações de promoção de saúde da criança (COSTA, 2010).

O propósito do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, criado em 1975, era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. Era composto por seis subprogramas: Assistência Materna; Assistência à Criança e ao Adolescente; Expansão da Assistência Materno-Infantil; Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos. E, entre suas diretrizes básicas, destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, consequentemente, a melhoria da saúde materno-infantil (BRASIL, 2011).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI tornou-se o órgão responsável, no nível central, pela

assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011). Porém, até meados da década de 1980, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil caracterizava-se por um alcance limitado, ao se dirigir principalmente à melhoria da assistência pré-natal, negligenciando medidas como a continuidade da assistência até o parto e a garantia de assistência hospitalar qualificada (LANSKY, 2002).

O final dos anos 70 ficou notabilizado pela articulação dos movimentos sociais na luta pela redemocratização do país e, consequentemente, pela melhoria das condições de vida da sociedade brasileira. Dentre esses movimentos, destacou-se o da reforma sanitária (NETO, 2008).

A partir desses movimentos, a regulamentação legal dos direitos à proteção começou a surgir, impulsionada por forte pressão popular, o que culminou na aprovação de leis e políticas públicas que permearam todo o decorrer da década de 1980. Os movimentos intensificaram-se em toda a década de 1990 e estenderam-se até os anos 2000, pela formulação e execução de programas e estratégias de saúde pública voltados à atenção materno-infantil (COSTA, 2010).

Nas décadas de 1980 a 1990, o principal foco das leis e políticas estava voltado para as conquistas dos direitos da mulher-mãe, cabendo destacar que, durante esta década, o recém-nascido não era visto como sujeito do cuidado, ficando subsumido na atenção integral à mulher-mãe, nesse contexto, o Ministério da Saúde, em 1983, por meio da DINSAMI, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (COSTA, 2010; BRASIL, 2011).

Outro marco importante na Atenção à Saúde da Mulher e da Criança nos anos 80 foi a regulamentação sobre o alojamento conjunto, pela Portaria nº 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do MS, medida que proporcionou maior

contato entre mãe e o recém-nascido incentivando, dessa maneira, o aleitamento materno; em 1993, este documento foi revisado dando origem a portaria vigente GM/MS nº 1016 (BRASIL, 1982, BRASIL, 1993).

Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em dois programas específicos: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna (BRASIL, 2011).

Em 1990, a DINSAMI passou a ser denominada Coordenação de Saúde Materno-Infantil (CORSAMI), que tinha como competência a normatização da assistência à saúde da mulher e da criança, em nível nacional, a ser desenvolvida pelas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). A CORSAMI era subordinada ao Departamento de Assistência e Promoção à Saúde (DAPS) da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério. Em 1996, a CORSAMI foi extinta por meio da Portaria nº 2.179, de 1º de novembro, dando lugar à Coordenação de Saúde da Mulher e à Coordenação de Saúde da Criança e do Adolescente, subordinadas à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

Na década de 90, encontramos algumas iniciativas do MS, no campo da assistência perinatal, tais como a atualização da portaria referente ao alojamento conjunto, o lançamento da Iniciativa de Hospital Amigo da Criança (IHAC), o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN), com o objetivo primordial de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal (COSTA, 2010).

Em 1998, as coordenações foram substituídas pelas atuais Áreas Técnicas de Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adolescente e do Jovem. Neste mesmo ano, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (INAM) foi extinto, e suas ações incorpo-

radas pela Área Técnica de Saúde da Criança, que passou a designar-se "Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM)" (BRASIL, 2011).

No período de 2000 até os dias atuais, esforços continuam sendo feitos e estratégias continuam sendo pensadas com o objetivo de melhorar a efetividade e a eficiência da assistência à criança. Em 2004, foi lançado o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, em 2006, o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Vida e de Gestão foram aprovados e estes estabeleceram como prioridade a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil (COSTA 2010, BRASIL, 2011).

Em 2009, firmou-se o compromisso no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal para a Redução da Desigualdade na Região Nordeste e na Amazônia Legal e em 2011 instituiu-se a Rede Cegonha com o objetivo de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Em Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde vem desenvolvendo um processo de mudança no sistema de saúde de Manaus a partir do reordenamento da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), através da Rede Saúde Manauara, que estabelece como prioridade a Atenção à Saúde da Criança e da Mulher (MANAUS, 2014).

No Ministério da Saúde (MS), atualmente, a ATSCAM é o setor responsável por propor e coordenar as políticas governamentais de atenção à saúde da criança brasileira de zero a nove anos de idade. Uma de suas principais atribuições é apoiar os estados e municípios a

colocar em prática as recomendações e políticas públicas elaboradas, de forma a cumprir os compromissos assumidos pelo Brasil, de proteção e atenção à saúde da criança, como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Pacto pela Saúde, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (BRASIL, 2011) (Figura 1).

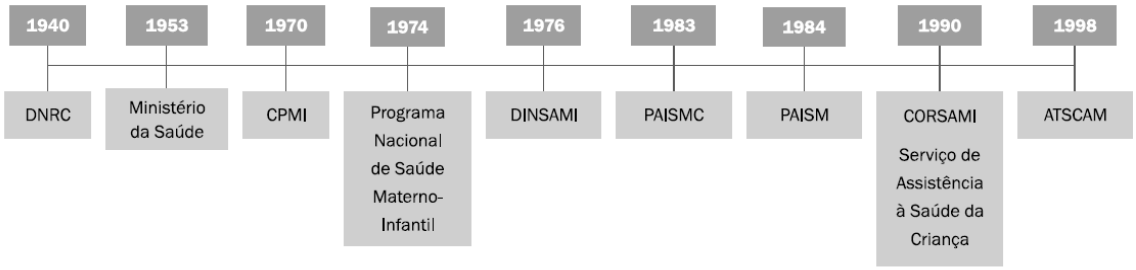


Figura 1: Linha do tempo das políticas públicas de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2011).

Tais mudanças somam formulações, projetos, programas e políticas, com esforço do governo e sociedade, de transpor letras e documentos em ações integradas que favoreçam a criança e o adolescente (FROTA, 2010).

2.2 Atenção à Saúde da Criança

No Brasil, a atenção à saúde da criança vem sofrendo transformações, tendo influências de cada período histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade (FIGUEIREDO e MELLO, 2007).

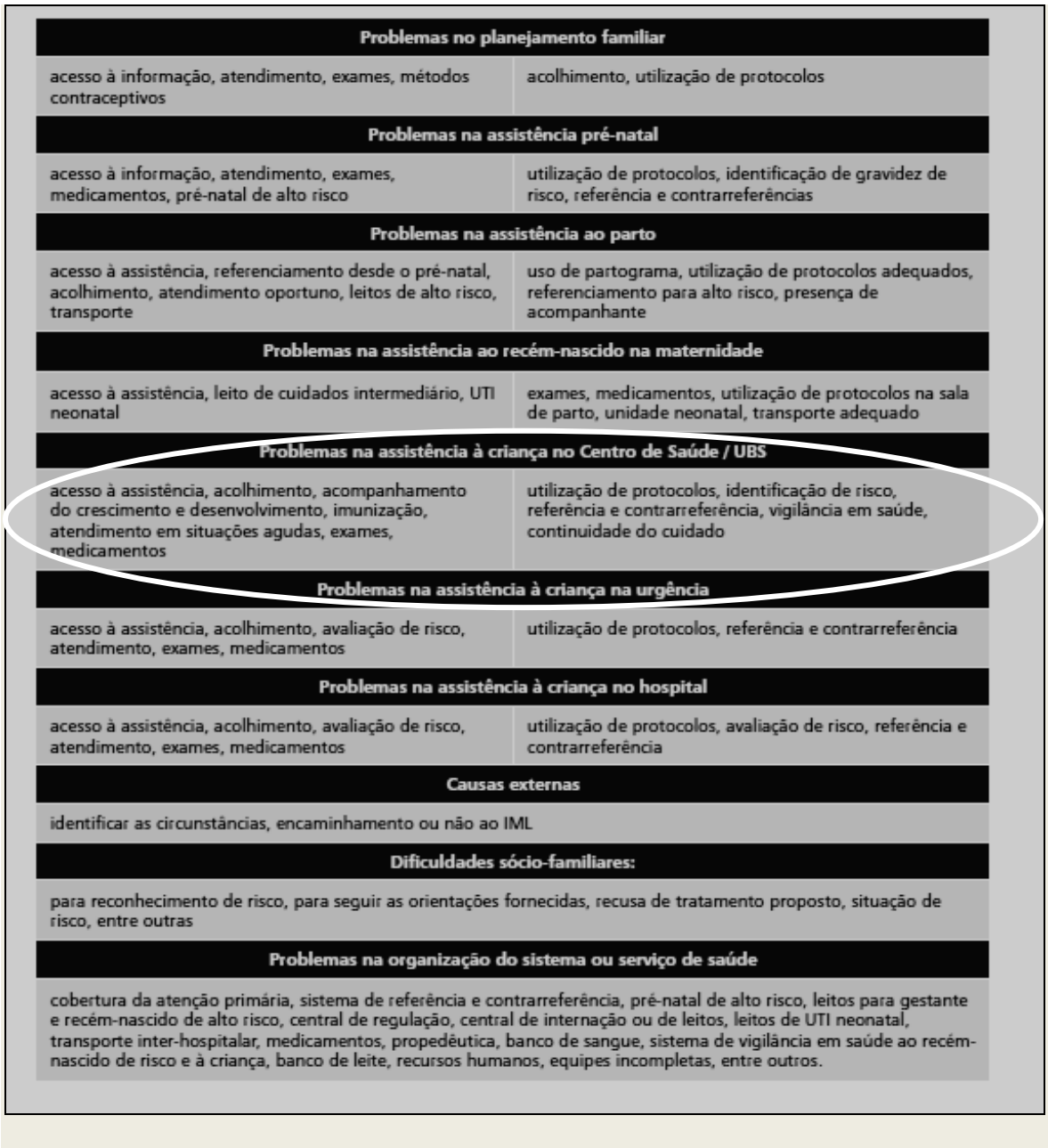
Ao olhar para a atenção à saúde e o papel do Estado, compreende-se que a esse tem sido colocado o desafio da reconstrução de modelos de atenção à saúde que sejam capazes de

detectar necessidades de médio e longo prazo, garantindo o desenvolvimento da nação com maior igualdade e justiça (COHN, 1995).

Diante desse desafio, as políticas públicas de atenção à saúde da criança no Brasil sofrem modificações e evoluem ao longo do tempo tentando atender as necessidades determinadas epidemiológica e socialmente (BRASIL, 2002).

Nesse sentido, o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, baseados em dados epidemiológicos, sugerem que sejam tomados como referência os possíveis problemas ocorridos nos diversos momentos da assistência de saúde, de modo que a análise propicie a avaliação de evitabilidade do óbito por ação oportuna e resolutiva do setor saúde (BRASIL, 2009).

Ao analisar cada etapa da assistência desde o planejamento familiar até problemas na assistência hospitalar e na organização dos serviços de saúde, os dados evidenciam que, na assistência à criança na atenção básica, os possíveis problemas são: acesso ao serviço, acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atendimento em situações agudas, exames, medicamentos; e traz como proposta de enfretamento a utilização de protocolos, identificação de riscos, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009) (Figura 2).



Problemas no planejamento familiar	
acesso à informação, atendimento, exames, métodos contraceptivos	acolhimento, utilização de protocolos
Problemas na assistência pré-natal	
acesso à informação, atendimento, exames, medicamentos, pré-natal de alto risco	utilização de protocolos, identificação de gravidez de risco, referência e contrarreferências
Problemas na assistência ao parto	
acesso à assistência, referenciamento desde o pré-natal, acolhimento, atendimento oportuno, leitos de alto risco, transporte	uso de partograma, utilização de protocolos adequados, referenciamento para alto risco, presença de acompanhante
Problemas na assistência ao recém-nascido na maternidade	
acesso à assistência, leito de cuidados intermediário, UTI neonatal	exames, medicamentos, utilização de protocolos na sala de parto, unidade neonatal, transporte adequado
Problemas na assistência à criança no Centro de Saúde / UBS	
acesso à assistência, acolhimento, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, atendimento em situações agudas, exames, medicamentos	utilização de protocolos, identificação de risco, referência e contrarreferência, vigilância em saúde, continuidade do cuidado
Problemas na assistência à criança na urgência	
acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	utilização de protocolos, referência e contrarreferência
Problemas na assistência à criança no hospital	
acesso à assistência, acolhimento, avaliação de risco, atendimento, exames, medicamentos	utilização de protocolos, avaliação de risco, referência e contrarreferência
Causas externas	
identificar as circunstâncias, encaminhamento ou não ao IML	
Dificuldades sócio-familiares:	
para reconhecimento de risco, para seguir as orientações fornecidas, recusa de tratamento proposto, situação de risco, entre outras	
Problemas na organização do sistema ou serviço de saúde	
cobertura da atenção primária, sistema de referência e contrarreferência, pré-natal de alto risco, leitos para gestante e recém-nascido de alto risco, central de regulação, central de internação ou de leitos, leitos de UTI neonatal, transporte inter-hospitalar, medicamentos, propedêutica, banco de sangue, sistema de vigilância em saúde ao recém-nascido de risco e à criança, banco de leite, recursos humanos, equipes incompletas, entre outros.	

Figura 2: Lista de possíveis problemas identificados no momento da assistência à criança desde a sua concepção (BRASIL, 2009).

E o instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral proposto pelo referido estudo contempla esses itens trazidos como sugestões de enfrentamento dos problemas na assistência à criança pelo Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, tendo como objetivo avaliar o recém-nascido até o 7º dia de vida a fim de prevê riscos, permitindo a prevenção de óbitos neonatais

precoce e a continuidade do cuidado, conferindo, então, resolutividade na assistência (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Desse modo, é preciso consolidar a organização da atenção perinatal no País, compreendida em sua dimensão ampla, desde a saúde integral da mulher, pré-concepção e planejamento reprodutivo, à regionalização e hierarquização da assistência e integração entre a assistência ao pré-natal, ao parto e o nascimento. Todavia, é necessário avançar na qualificação do cuidado, além da ampliação do acesso aos serviços, desde o pré-natal à assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, mantendo-se a continuidade da atenção ao recém-nascido e à puérpera, pois o pronto reconhecimento de situações de risco e a provisão do cuidado apropriado e resolutivo são ações básicas potencialmente capazes de prover uma resposta mais positiva sobre a sobrevida e qualidade de vida das crianças (BRASIL, 2009).

Diante desse cenário, a ATSCAM tem concentrado seus esforços na construção de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, envolvendo ações que vão desde um pré-natal de qualidade para a mulher e o bebê, nascimento seguro e humanizado com a adoção de boas práticas, atenção à saúde do recém-nascido, aleitamento materno, estímulo ao desenvolvimento integral na primeira infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e prevenção de violências, propondo modelos de atenção que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência em “linhas de cuidado” que se interrelacionam, visando à atenção integral da saúde da criança, tendo como norteadora das ações quatro linhas de cuidado prioritárias: Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz (BRASIL, 2011) (Figura 3).

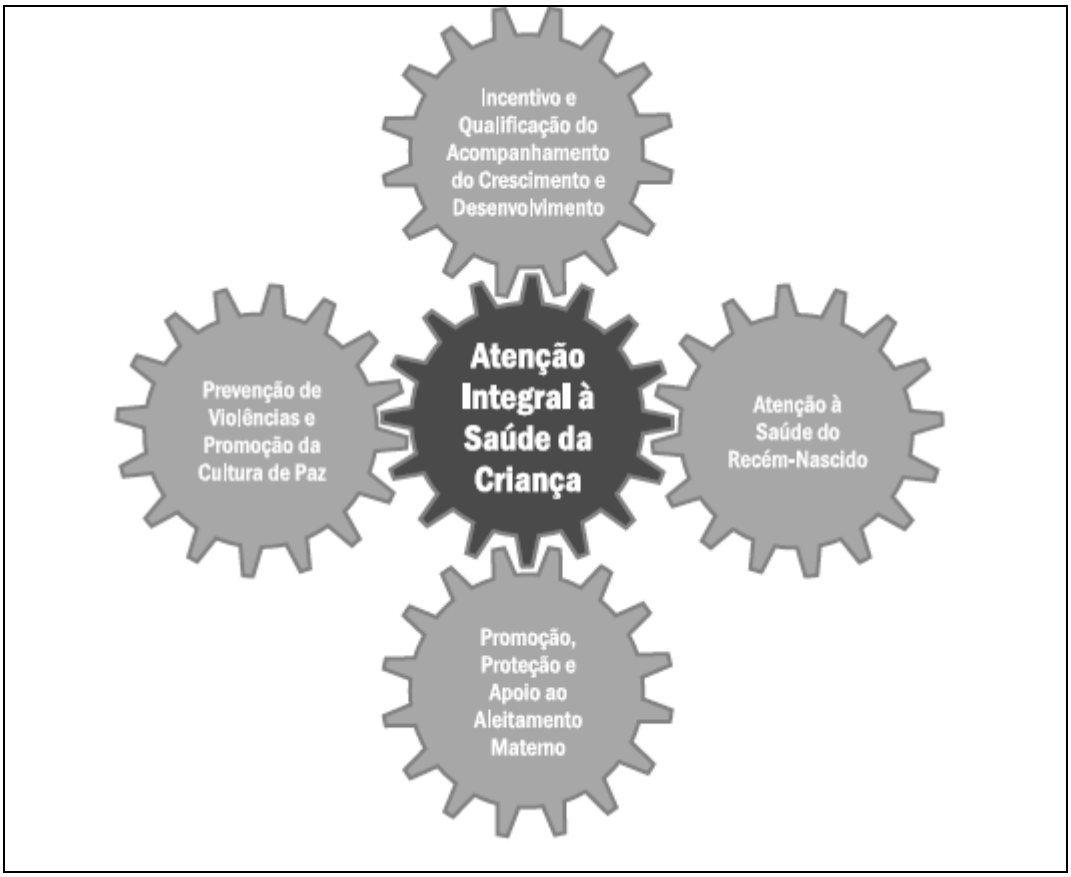


Figura 3: Linhas de cuidado prioritárias da ATSCAM (BRASIL, 2011).

2.3 Primeira Semana de Saúde Integral

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Os compromissos relatados na Agenda são resposta à Constituição Federal de 1988, reafirmado pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), ambos declaram a saúde como direito de todos e dever do Estado, o qual deve prestar assistência universal, integral e equitativa, especificando como dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à

liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração e violência (BRASIL, 1990).

A Agenda traz a criança como foco da atenção e, para assegurar a integralidade da assistência a essa clientela, embasa o cuidado em princípios norteadores como: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, integralidade, resolutividade, equidade, atuação em equipe; ações coletivas de promoção à saúde, participação da família, avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004).

Para garantir a continuidade do cuidado e permitir a articulação das ações de saúde, a Agenda organiza a assistência de saúde à criança em 13 linhas de cuidado, porém, esse estudo abordará a Primeira Semana de Saúde Integral – PSSI, ação que integra a linha de cuidado 2 – Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido (BRASIL, 2004) (Figura 4).

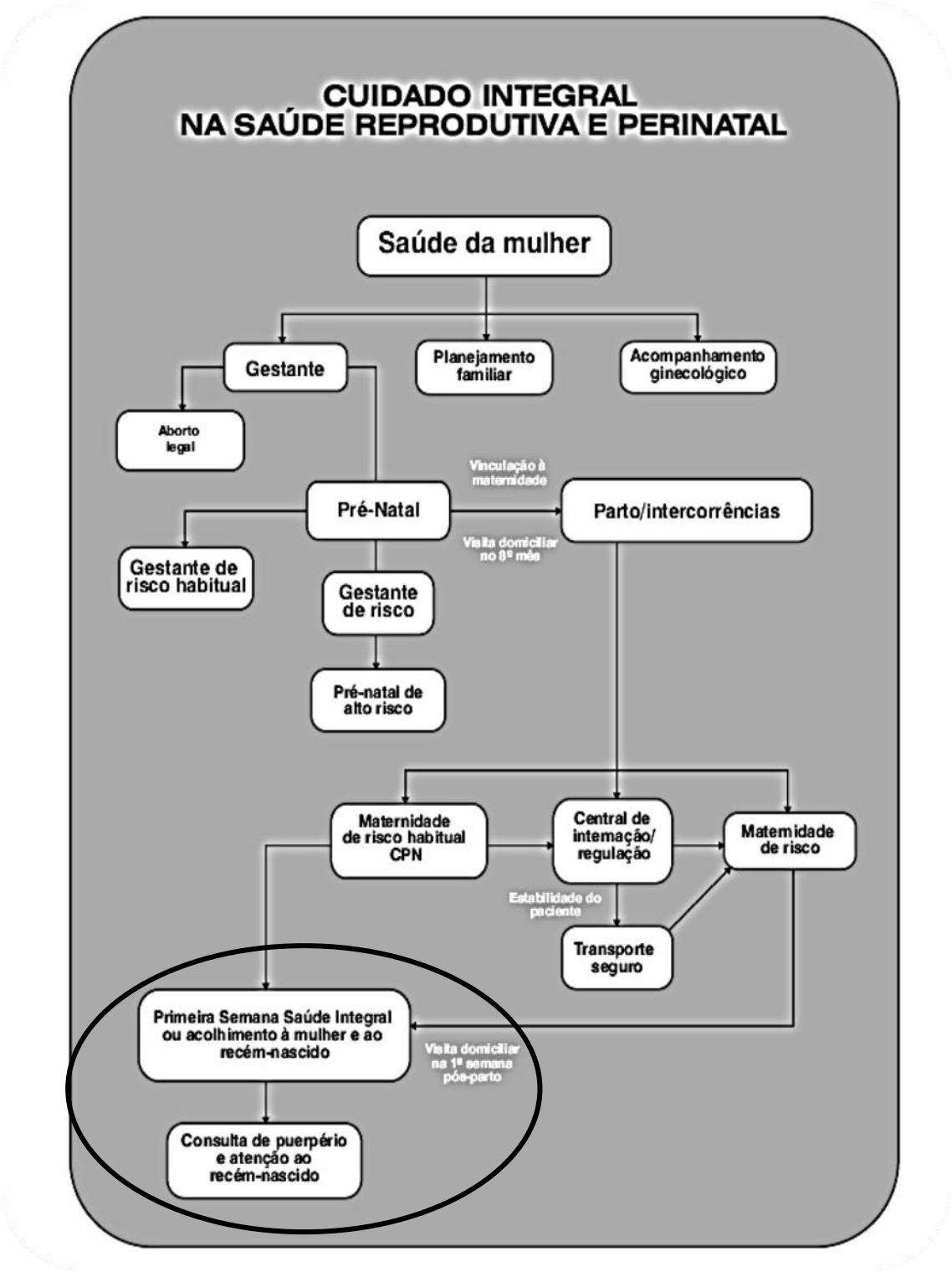


Figura 4: Linha de cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal (BRASIL, 2004).

O desenho de linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como conexão, de modo a permitir a articulação das ações de saúde. A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma possibilidade

para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contrarreferência responsável, até a recuperação completa do indivíduo. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade (BRASIL, 2004).

Desse modo, a PSSI surgiu como uma estratégia de atenção à mãe e ao recém-nascido de fundamental importância para a diminuição da mortalidade infantil, considerando que esse período é de grande vulnerabilidade na vida da mulher e da criança. Nessa estratégia, são propostas ações e cuidados a serem prestados ao binômio mãe-filho, visando à promoção da saúde e prevenção de agravos, através do incentivo ao aleitamento materno exclusivo e, consequentemente, a prevenção de anemia, de desnutrição e de doenças diarreicas. É incentivada também a vacinação de doenças imunopreviníveis e realizado agendamento de consultas de puericultura e pós-parto. É possível ainda a detecção precoce de agravos à saúde da criança pela realização do “teste do pezinho”, “teste da orelhinha”, “teste do olhinho”, avaliação de fatores de risco para mãe e para o recém-nascido. Esse conjunto de ações é preconizado pelo Ministério da Saúde a fim de garantir a assistência integral à saúde da criança (BRASIL, 2004).

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004).

2.3.1 Ações preconizadas na linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral”

Seguindo as recomendações da “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, as ações que não podem deixar de serem realizadas na Primeira Semana de Saúde Integral são (BRASIL, 2004):

- Realizar visita domiciliar/consulta na primeira semana após o parto;
- Verificar o cartão da criança/condições de alta da maternidade;
- Avaliação geral da criança e orientações básicas sobre o cuidado e higiene;
- Identificação de risco/sinais de perigo na criança;
- Avaliar e orientar o aleitamento materno;
- Verificar se foram realizadas a triagem neonatal, auditiva e oftalmológica;
- Verificar se foram aplicadas as vacinas BCG e Hepatite B;
- Avaliação da saúde da puérpera;
- Agendamento de consultas para recém-nascido e puérpera (30 dias após o parto).

Tais ações devem ser planejadas e realizadas de forma a compor a rede de atenção integral a Saúde da Criança, de forma regionalizada, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para esses bebês, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde (BRASIL, 2004).

2.4 O Enfermeiro e a linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral”

Ao pensar no papel do Enfermeiro da atenção básica, no que diz respeito ao cuidado ao recém-nascido na primeira semana de vida, é preciso que sejam consideradas as suas atribuições específicas que estão elencadas na Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011).

No anexo 1 da Portaria nº 2.488/2011, que trata das atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, estão definidas oito atribuições específicas do Enfermeiro na atenção básica, nas quais duas se destacam quando relacionadas à linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral”, quando diz que ao Enfermeiro compete (BRASIL, 2011):

> I - realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (BRASIL, 2011, p. 50);
>
> II - realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2011 p. 50);

Esta prática assistencial está regulamentada pela Lei nº 7.498/86, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e estabelece a consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada como obrigatória e privativa do enfermeiro, regulamentando as ações tais como: consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames (BRASIL, 1986).

Com a implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) houve o avanço da implantação da consulta de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde e esta atividade passou a ser realizada de forma contínua a seus usuários, constituindo uma estratégia de atendi-

mento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência à família (CAMPOS, 2011).

No que diz respeito à criança, a consulta de enfermagem tem como objetivo prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde, pois a assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. E por meio do acompanhamento da criança desde o nascimento, conforme preconiza a linha de cuidado "Primeira Semana de Saúde Integral", espera-se reduzir a morbimortalidade neonatal e infantil (CAMPOS, 2011; BRASIL, 2004).

Estudo realizado por Souza et.al. (2011) descreve que o atendimento aos recém-nascidos nesta estratégia tem sido desenvolvido, em sua maioria, por enfermeiros que acolhem as mães oriundas das maternidades. A pesquisa evidenciou, ainda, que dentre os cuidados realizados pelo enfermeiro durante o atendimento à criança, destacaram-se o agendamento da consulta pediátrica de puericultura (91%) e encaminhamento pós-consulta para a realização do teste do pezinho com 94,1%; e em relação aos procedimentos realizados com as mães, destacaram-se o agendamento para consulta de revisão pós-parto em 90% e encaminhamento para grupo de planejamento reprodutivo em 69,5% dos registros.

Sendo a consulta um procedimento assistencial, no campo da saúde pública, a consulta/visita domiciliar preconizada na linha de cuidado "Primeira Semana de Saúde Integral" da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil representa um momento ideal para que o enfermeiro atue avaliando as condições de saúde do recém-nascido e da puérpera, contribuindo para a manutenção do aleitamento materno exclusivo, para a realização da vacinação recomendada e das triagens preconizadas, prevenindo possíveis infecções no momento em que faz orientações referentes à higiene e cuidado com o

coto umbilical, favorecendo dessa maneira a redução da morbimortalidade neonatal (SOUZA, 2011; BRASIL, 2004).

Diante do exposto supracitado, afirma-se que a Primeira Semana de Saúde Integral é uma estratégia relevante na atenção à saúde da criança e que está dentro das possibilidades de atuação do enfermeiro, que pode atuar com autonomia e resolutividade realizando ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida do recém-nascido e da puérpera (SOUZA, 2011).

2.5 Considerações sobre o Desenvolvimento e Validação de Instrumentos

A motivação mais importante para desenvolver um novo instrumento é a crença do pesquisador de que escalas ou instrumentos prévios não cobrem o domínio de estudo (STREINER E NORMAN, 2001).

Para Pasquali (1999), a construção de instrumentos é dividida didaticamente em três grandes polos: teórico, empírico e analítico.

Os *procedimentos do polo teórico* consistem na reflexão, interesse, levantamento bibliográfico e análise por peritos (PASQUALI, 1998).

Após a decisão de construir um novo instrumento, o primeiro passo é realizar uma revisão bibliográfica (STREINER E NORMAN, 2001) e, em seguida, o pesquisador deve estabelecer a dimensionalidade do construto, definir os itens integrantes da dimensionalidade do instrumento e submeter à avaliação de especialistas da área na qual o instrumento será aplicado (PASQUALI, 1998).

Após definir a dimensionalidade do instrumento, é necessário determinar os itens identificados tanto constitutivamente (definição de conceitos) quanto operacionais

(especificando situações de cada fator), sendo que para finalizar os procedimentos teóricos os especialistas devem avaliar as definições constitutivas e operacionais (PASQUALI, 1998).

Os *procedimentos do polo empírico* consistem na elaboração das instruções para a aplicação do instrumento na decisão de quem irá aplicá-lo e na definição da população alvo (PASQUALI, 1999).

Os *procedimentos do polo analítico* consistem em análises estatísticas efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido. Consiste na análise da validade do constructo. São procedimentos complexos, contínuos e intermináveis (PASQUALI, 1999).

A **validade** é um fator crucial na seleção ou aplicação de um instrumento e possibilita comprovar se o mesmo mede com precisão o que se propõe a medir. Destacam-se três tipos principais de validade: *de constructo, relacionada a um critério e de conteúdo* (LYNN, 1986; POLIT E HUNGLER, 1991; MCGIBBON, 1997; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001).

Este estudo trata da *validade de conteúdo,* que verifica se os itens propostos no instrumento são representativos do domínio do conteúdo estudado, se a redação do conteúdo reflete o conceito que se deseja medir e se há legibilidade e clareza na conceituação. Esta avaliação é feita por meio da apreciação do instrumento por um grupo de juízes, especialistas na área do conceito a ser estudado (LYNN, 1986; POLIT E HUNGLER, 1991; MCGIBBON, 1997; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001).

Um método para a avaliação da validade de conteúdo é a Técnica *Delphi*, a qual se baseia na realização de julgamentos por um grupo de juízes (especialistas na área) quanto ao conteúdo de um instrumento. Os julgamentos são realizados através de questionários, sendo que, após a resposta de todos os juízes, o pesquisador agrupa e analisa minuciosamente as opiniões para aprimorar a ideia inicial e realizar uma nova fase de questionamentos (aos mesmos juízes). Podem ser realizadas várias fases de questionamento, seguidas de modificações do instrumento, de forma a aperfeiçoá-lo, até que se obtenha o consenso entre o

grupo de juízes referente ao conteúdo do instrumento (GOODMAN, 1987; POLIT E HUNGLER, 1991; WILLIANS E WEBB, 1994; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001).

A Técnica *Delphi* tem sido amplamente utilizada na construção e adaptação de instrumentos de medida, pois é caracterizada pela flexibilidade, em que o pesquisador responsável do estudo estabelece as regras quanto ao número de fases, número de especialistas e o nível de consenso para considerar o instrumento válido (GOODMAN, 1987; WILLIANS E WEBB, 1994).

O uso de questionários para o julgamento do instrumento, a ausência de reunião física entre os juízes e a garantia de anonimato aos mesmos acrescem à técnica *Delphi*, vantagens sobre técnicas de avaliação de conteúdo que utilizam reuniões, o que pode estimular a sinceridade de cada juiz e possibilitar o agrupamento de opiniões de especialistas de diferentes localidades (WRIGHT E GIOVINAZZO, 2000).

Portanto, a validação de um instrumento é etapa fundamental antes da sua utilização em razão de possibilitar a verificação da qualidade dos dados, bem como a sua aplicação a uma população específica. Em síntese, proporciona o desenvolvimento de um instrumento que realmente mensure aquilo que se propôs e permite avaliar como o instrumento se comporta no ambiente em que se pretende implementá-lo (BOAVENTURA, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Desenvolver um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral.

3.2 Específico

- Validar o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Projeto de Pesquisa relacionado à dissertação de mestrado, vinculado ao Programa de Pós-graduação de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Manaus, na Universidade Federal do Amazonas (Apêndice A – Termo de Anuência Institucional).

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo de validação de conteúdo de um instrumento para avaliação do recém-nascido com vistas a poder utilizá-lo na consulta realizada na Primeira Semana de Saúde Integral.

Consoante Contandriopoulos et al. (1999), a pesquisa de desenvolvimento é uma estratégia de pesquisa que visa, utilizando sistematicamente conhecimentos existentes, elaborar uma nova intervenção ou melhorar consideravelmente uma intervenção existente ou, ainda, elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em duas etapas:

- desenvolvimento de um instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI;
- validação de conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI.

4.2 Desenvolvimento de um instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI

O instrumento foi desenvolvido baseando-se nas ações preconizadas na linha de cuidado “Primeira Semana de Saúde Integral” da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no quadro de procedimentos de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIDPI Neonatal. Este quadro

de procedimentos possibilita avaliar e determinar a presença de doença grave ou infecção localizada na criança e no Manual Técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL, 2012).

Objetivou-se desenvolver um instrumento que, além de contemplar as ações preconizadas na PSSI, fosse também de fácil utilização e capaz de sistematizar a avaliação ao recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral.

O instrumento está composto pelos seguintes itens: Bloco A - Identificação da mãe, do pai, da criança e do profissional de saúde que está realizando o atendimento, antecedentes obstétricos da puérpera, informações gerais sobre o pré-natal, parto e nascimento. Bloco B - *check-list* contendo possíveis sinais de perigo para o recém-nascido, espaço para outras observações, indicação da conduta caso seja identificado sinais de perigo no recém-nascido. Bloco C – *check-list* contendo as informações sobre as ações preconizadas na PSSI, tais como realização das triagens neonatal, oftalmológica, auditiva e cardiológica, situação vacinal, orientações sobre o aleitamento materno, cuidado e a higiene do recém-nascido e da mãe. E finalmente no Bloco D – avaliação do estado geral da mãe, *check-list* com situações de risco para a dupla mãe-bebê, lacunas para agendamento da 1ª consulta do recém-nascido, da consulta pós-parto da puérpera, identificação da unidade de saúde, data do atendimento e assinatura do profissional de saúde (Figura 5) (Apêndice B).

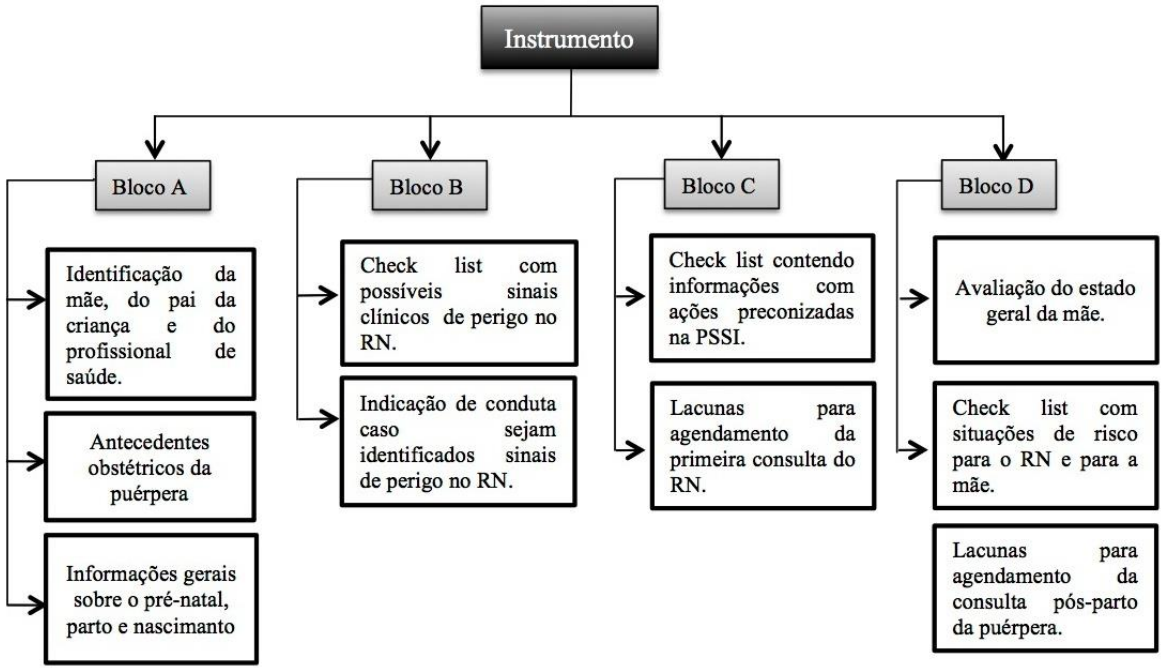


Figura 5 – Diagrama do conteúdo do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral. Manaus, 2014.

4.3 Validação de conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI: Técnica Delphi

Para validação do conteúdo do instrumento, foi utilizada a técnica *Delphi*, que consiste na realização de julgamentos por um grupo de juízes, especialistas na área, por meio de questionários, e, após a resposta de todos os juízes, agrupamento e análise minuciosa das opiniões para aprimorar a ideia inicial e realizar uma nova fase de questionamentos com os mesmos juízes. Podem ser realizadas várias fases de questionamento, seguidas de modificações do instrumento, de forma a aperfeiçoá-lo, até que se obtenha o consenso entre o grupo de juízes.

Esta técnica é caracterizada pela flexibilidade, em que o pesquisador responsável pelo estudo estabelece as regras referentes ao número de fases, número de especialistas e o nível de consenso para considerar o instrumento válido (DINI, 2011).

A utilização dessa técnica prevê três condições básicas: o anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados e o *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes. Não há estabelecido um adequado nível de consenso a ser obtido, porém, recomenda-se a obtenção de nível mínimo de concordância de 70%, na etapa final da técnica *Delphi*. Com base nessa recomendação, foi adotado neste estudo o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos juízes na validação do conteúdo do instrumento (ALMEIDA, 2010).

4.4 Sujeitos do estudo

Quanto ao número ideal de profissionais – juízes − para o processo de validação de conteúdo, a literatura é diversa, tornando a determinação da amostra imprevisível.

Rubio et al. (2003) recomendam de seis a vinte juízes. Lynn (1986) e Westmoreland et al. (2000) afirmam que o número irá depender da acessibilidade e disponibilidade por parte dos juízes. Para Pasquali (1998) e Bertoncello (2004), o número de juízes deve ser seis. Adotaremos neste estudo as recomendações de Lynn (1986) que define um número mínimo de cinco e máximo de dez juízes.

Critérios de inclusão:

1 - Busca ativa de profissionais – juízes − que se destacam nas áreas de interesse do estudo – **saúde** – enfermeiro e médico com especialidade e/ou experiência de 5 (cinco) anos em neonatologia, pediatria e/ou atenção primária à saúde e **educação** − profissional da área da saúde/educação com especialidade e/ou experiência de 5 (cinco) anos em avaliação e validação de tecnologia educacional/assistencial e no ensino superior com mais de 5 (cinco) anos.

2 – Qualidade e Quantidade dos juízes: 04 profissionais (Enfermeiro/Médico) que atuem na Atenção Primária à Saúde, 01 profissional que atue no ensino superior, 01 profissional da área técnica de saúde da criança municipal, 01 profissional da área técnica de saúde da criança estadual, 02 profissionais apoiadores da Rede Cegonha e 01 profissional *expertise* em validação de tecnologias, totalizando 10 juízes.

Critérios de exclusão:

1 – Não pertencer às áreas da saúde ou da educação;

2 – Profissionais que não devolverem a resposta da carta-convite dentro desse prazo estabelecido para devolução.

Para a busca dos juízes, utilizou-se a plataforma *lattes* e os organogramas das secretarias municipais e estaduais de saúde para identificar os profissionais que estavam atuando na gestão da Saúde da Criança e da Rede Cegonha.

Após uma avaliação prévia dos possíveis juízes, conforme os critérios de inclusão, foram selecionados 14 juízes, os quais receberam uma carta-convite (Apêndice C) por *e-mail* que explicava o objetivo do estudo e os critérios/motivos da escolha. Os juízes selecionados tiveram o prazo de 20 dias para devolver a carta- convite, via *e-mail*, informando se aceitava ou não participar do estudo.

Dos 14 juízes pré-selecionados, 10 responderam aceitando o convite, 03 não responderam no prazo estabelecido e 01 não aceitou por julgar não ter experiência no tema em questão. Tendo, portanto, uma amostragem de 10 juízes especialistas.

Os juízes especialistas que aceitaram o convite receberam por *e-mail* um questionário de caracterização dos juízes (Apêndice D) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -

TCLE (Apêndice E), os quais tiveram um prazo de 20 dias para serem devolvidos à pesquisadora via *e-mail*.

4.5 Coleta de dados

O estudo foi realizado em etapas não consecutivas e interdependentes, a saber:

- elaboração de um instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI;
- análise de conteúdo do instrumento por juízes especialistas, que avaliaram a aparência geral do instrumento, a facilidade de entendimento, a viabilidade para prática assistencial, os itens contemplados e a pertinência dos tópicos;
- correção e incorporação das alterações no instrumento segundo análise dos juízes;
- validação do conteúdo do instrumento.

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário contemplando o conteúdo do instrumento a ser validado com o objetivo de se obter um consenso de opiniões (Apêndice F) e um formulário com instruções para o preenchimento do instrumento de coleta de dados (Apêndice G). Esses questionários foram enviados por *e-mail* aos juízes que aceitaram participar do estudo, dando início à primeira rodada de avaliação (Fase *Delphi* I).

A técnica *Delphi* permite quantas rodadas de avaliação forem necessárias até que se obtenha o consenso. Neste estudo, tivemos apenas uma rodada, conforme demonstra a Figura 6:

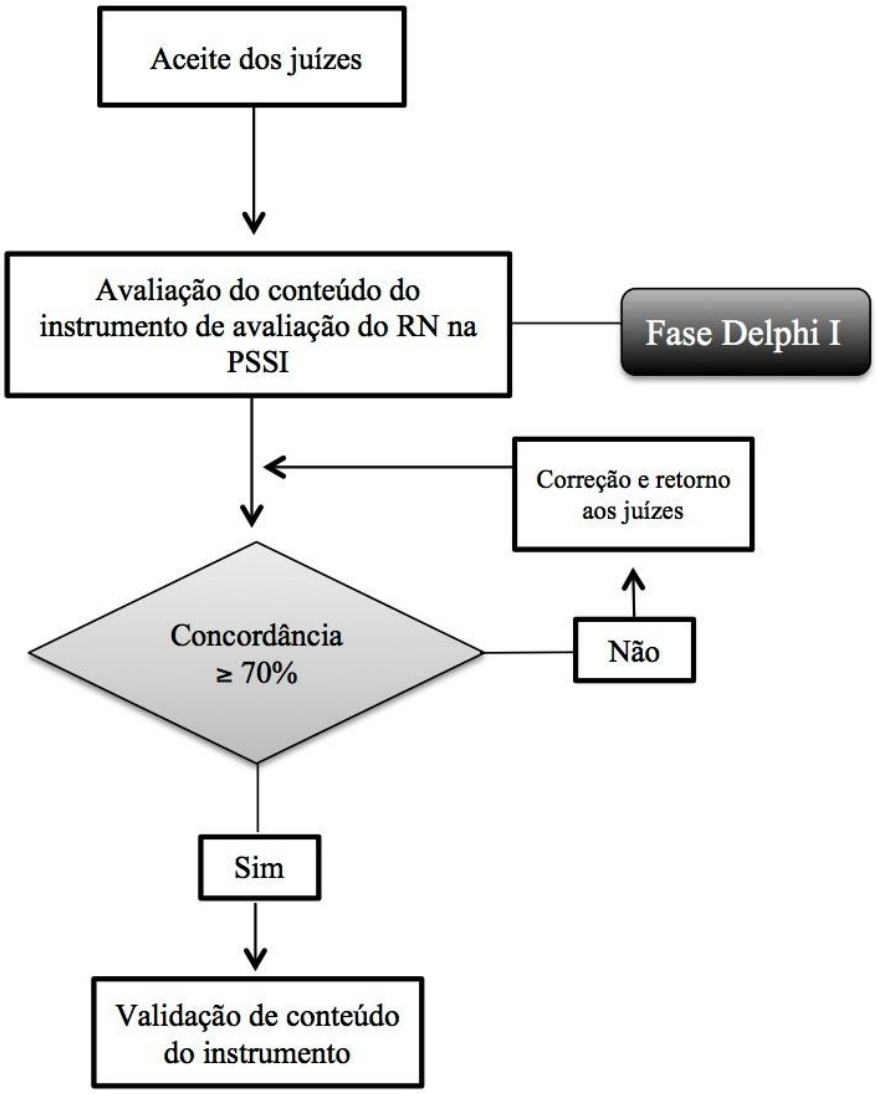


Figura 6 – Algoritmo da coleta de dados. Manaus, 2014.

As etapas de execução da técnica *Delphi* aconteceram da seguinte maneira:

1. Informações referentes às questões foram postadas (via *e-mail*) individualmente a cada juiz, que obedecendo ao prazo estabelecido (20 dias) respondeu para a pesquisadora: este procedimento foi anônimo e confidencial;
2. As respostas foram coletadas e escrutinadas pela pesquisadora;

3. A pesquisadora tabulou as respostas considerando todos os itens avaliados para verificar o grau de consenso e se haveria necessidade de fazer uma próxima rodada de avaliação;
4. A tabulação dos dados evidenciou que o consenso (estabelecido nesse estudo ≥ 70%) tinha sido alcançado na Fase *Delphi* I.

Os juízes especialistas avaliaram a aparência geral, facilidade de entendimento, viabilidade para prática assistencial e os itens contemplados do instrumento, atribuindo o escore que achava apropriado (1- não pode ser avaliado; 2- ruim; 3- bom; 4- ótimo) a cada item analisado e, por fim, julgavam a pertinência dos tópicos marcando "sim" ao julgar aquele bloco pertinente e "não" se julgasse aquele bloco não pertinente.

Para melhor entendimento e julgamento do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, foi definido o conceito de cada item que seria analisado.

REQUISITOS A SEREM ANALISADOS PARA CADA BLOCO DA FICHA DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI	
1. Aparência Geral	Os itens estão bem estruturados, seguem uma sequência lógica.
2. Facilidade de entendimento	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca.
3. Viabilidade para a prática assistencial	É útil, permite ação de avaliação clara e precisa.
4. Itens contemplados	Cada item de identificação e avaliação é útil, não se confunde com os demais, não se repetem, permite resposta objetiva e atende ao objetivo proposto pela ficha.

Ao receber e tabular os resultados, evidenciou-se que o instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral foi validado na Fase *Delphi* I, sendo, portanto, desnecessário realizar rodadas de avaliações subsequentes.

4.6 Tratamento estatístico dos dados da pesquisa

Os dados foram armazenados em Planilha Eletrônica Excel® para o processamento. Com relação à análise, foram utilizados recursos de computação, por meio do processamento no sistema *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 21.0, em ambiente Windows XP.

Para tratamento dos dados, utilizou-se a frequência absoluta e relativa e a estatística descritiva. Medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão).

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), atendendo às exigências e aos aspectos éticos e legais da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Após aprovação deste Conselho (CAAE: 28809114.1.0000.5020), a coleta de dados foi iniciada mediante autorização dos atores envolvidos na pesquisa. Após terem aceitado participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a fim de garantir o respeito à dignidade humana. Aos participantes, foi explicada a metodologia, a justificativa e os objetivos da pesquisa.

RISCOS: trata-se de uma pesquisa de risco mínimo, podendo os sujeitos apresentar algum distúrbio psicoemocional ao preencher o instrumento. Em caso de alguma intercorrência, que só poderá ser notada se o sujeito comunicar à pesquisadora, mas este será orientado quando do preenchimento do TCLE, a pesquisadora responsável solicitará todas as

informações e tomará todas as providências assistenciais e monitoramento do caso até sua resolutividade final.

BENEFÍCIOS: desenvolver uma tecnologia assistencial que poderá ser modelo para o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, na Atenção Primária à Saúde. Uniformizar e orientar a consulta/visita domiciliar realizada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde ao Recém-nascido na "Primeira Semana de Saúde Integral". Realizar um diagnóstico de saúde fidedigno da criança na primeira semana de vida, oportunizar a identificação precoce de riscos/intercorrências à saúde da criança.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos juízes especialistas

O grupo de juízes especialistas foi composto por 10 profissionais. Inicialmente, foram convidados 14 profissionais de saúde, porém, obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão, permaneceram no estudo 10, os quais compuseram o corpo de juízes especialistas (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição do grupo de juízes especialistas segundo sexo, faixa etária, qualificação profissional e tempo de experiência. Manaus, 2014.

Variáveis		f	%
Sexo	Feminino	9	90%
	Masculino	1	10%
Total		10	100%
Faixa etária	30 - 45	6	60%
	46 - 55	4	40%
Total		10	100%
Qualificação profissional	Graduação	1	10%
	Especialização	7	70%
	Mestrado	1	10%
	Doutorado	1	10%
Total		10	100%
Tempo de experiência	5 – 10 anos	6	60%
	11 – 20 anos	2	20%
	> 20 anos	2	20%
Total		10	100%

Quanto à caracterização dos juízes especialistas (Tabela 1), 90% são do sexo feminino, as idades variam entre 33 e 53 anos, com tempo de experiência em serviço entre 05 e 26 anos de trabalho, 70% dos juízes são especialistas, um juiz tem titulação de mestrado e um de doutorado.

No que concerne à experiência profissional, os dez juízes atuam na área da saúde da criança, sendo: quatro na Atenção Primária à Saúde, quatro na gestão e planejamento, um na

assistência à criança hospitalizada, o qual também possui *expertise* em validação de tecnologias educacionais, e um é docente do ensino superior.

Segundo Faro (1997), o grupo de juízes deve ser composto por profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo, pressupondo que o julgamento coletivo, ao ser bem organizado, é melhor que a opinião de um só indivíduo (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000). Buscou-se, então, formar um grupo de juízes especialistas que contemplasse o ensino, a gestão e a assistência em relação à Saúde da Criança.

5.2 Avaliação da validade de conteúdo do instrumento: Técnica *Delphi*

A Técnica *Delphi* tem sido amplamente utilizada na construção e adaptação de instrumentos, caracterizada pela flexibilidade, permite a realização de várias fases de questionamento e avaliação, seguidas de modificações do instrumento, de forma a aperfeiçoá-lo, até que se obtenha o consenso entre o grupo de juízes quanto ao conteúdo do instrumento (GOODMAN, 1987; POLIT E HUNGLER, 1991; WILLIANS E WEBB, 1994; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001).

Neste estudo, foi realizada uma fase da técnica *Delphi*, considerando que os juízes especialistas consensuaram quanto aos itens avaliados, o que determinou a terminalidade dessa fase e a validação do instrumento.

Foram enviados aos 10 juízes especialistas, via *e-mail*, o questionário de avaliação do conteúdo do instrumento proposto no estudo (Apêndice F) juntamente com as instruções para o preenchimento do questionário (Apêndice G). Desses, oito foram recebidos por *e-mail* e dois foram devolvidos pessoalmente à pesquisadora, o que correspondeu a 100% de retorno dos instrumentos enviados. Para a análise, foram considerados os 10 questionários devolvidos.

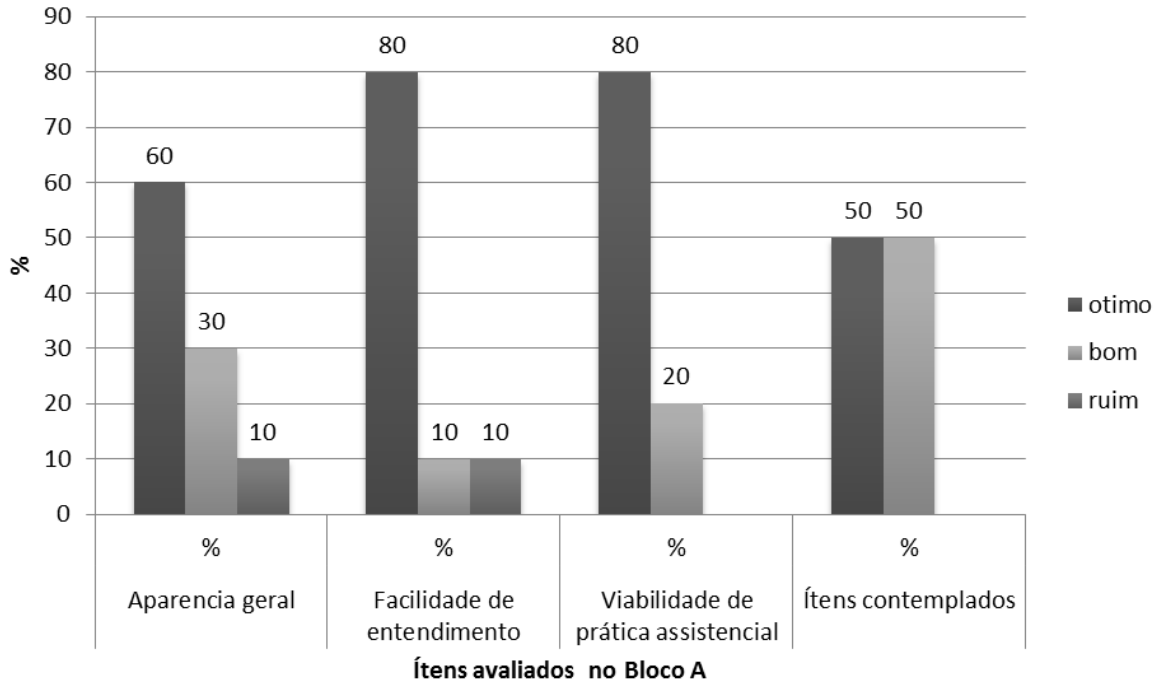


Figura 7 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco A, Manaus, 2014.

Considerando os conceitos *bom* e *ótimo* demonstrados (Figura 7), verifica-se que há um consenso entre os juízes em um percentual de 90 a 100% referente aos itens propostos. Em relação aos itens *aparência geral* e *facilidade de entendimento*, os quais espelham um percentual de 10% para o conceito *ruim*, ressalta-se que as sugestões dos juízes especialistas não se relacionam ao conteúdo, e sim ao *layout* do instrumento.

Quanto ao item a*parência geral* e *facilidade de entendimento* do bloco A do instrumento, dois juízes especialistas sugeriram aumentar o tamanho da fonte (letra) e o espaçamento para o preenchimento das respostas com o intuito de facilitar a leitura e a compreensão do conteúdo do instrumento.

No que concerne aos *itens contemplados*, dois juízes especialistas aconselharam retirar a informação *número do GIL* (Gerenciador de Informações Locais) por não ser este um sistema de informação universal. E, atualmente, uma das estratégias do Ministério da Saúde para desenvolver, reestruturar e garantir a integração desses sistemas é o e-SUS, de modo a

permitir um registro da situação de saúde individualizado através do Cartão Nacional de Saúde (CNS), portanto alterou-se o campo *número do GIL* por *CNS* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Ainda neste item, um juiz propôs inserir um campo para *intercorrências pós-natal* e outros dois juízes sugeriram a inserção do campo *tipo de parto (normal, cesáreo e fórceps).* Considerando que se trata de informações importantes e que podem gerar indicadores futuros, tais sugestões foram incorporadas ao instrumento.

A análise estatística descritiva, calculando as medidas de tendência central e variância entre as notas dos juízes especialistas, confirmou o consenso em relação aos itens avaliados (Tabela 2).

Tabela 2 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco A, Manaus, 2014.

Bloco A	Média	Mediana	DP	Máx.	Mín.
Aparência Geral	3,5	4,0	,707	4	2
Facilidade de entendimento	3,7	4,0	,675	4	2
Viabilidade de Prática assistencial	3,8	4,0	,422	4	3
Itens contemplados	3,5	3,5	,527	4	3

DP – Desvio Padrão

Analisando os quatro itens avaliados pelos juízes especialistas, verifica-se que a média varia entre 3,5 e 3,8, evidenciando o consenso das notas entre *bom* e *ótimo*. Observa-se ainda que a média e a mediana se aproximam, o que demonstra uma simetria dos dados, e o desvio padrão demonstra que o grau de variabilidade entre as notas foi mínimo, confirmando o consenso em relação ao bloco A do instrumento.

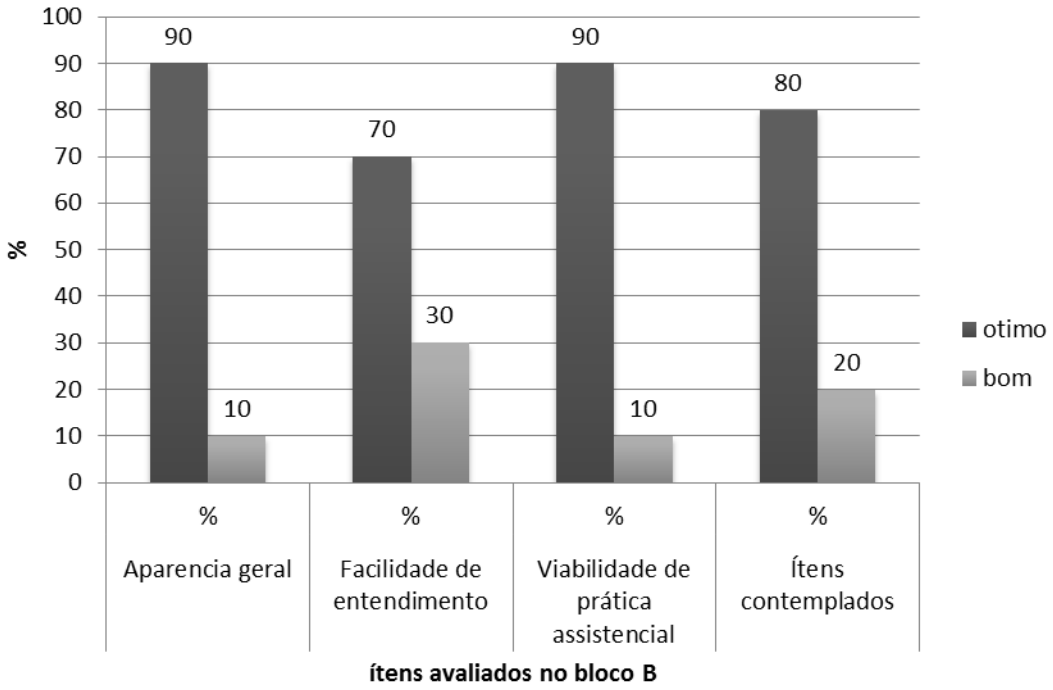


Figura 8 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco B, Manaus, 2014.

Considerando os conceitos *bom* e *ótimo* (Figura 8), verifica-se uma concordância entre os juízes especialistas de 100% quanto aos itens propostos referentes ao bloco B do instrumento.

O bloco B pretende avaliar sinais de perigo no recém-nascido, para isso foi desenvolvido baseado na avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIDPI Neonatal, modelo de atenção que oferece instruções sobre como avaliar sistematicamente uma criança por meio da observação de sinais gerais de doenças frequentes na infância. Esses sinais clínicos foram elencados e inseridos no instrumento em forma de *check-list* para oportunizar essa avaliação na consulta da Primeira Semana de Saúde Integral e diante da análise estatística da opinião dos juízes especialistas o bloco B alcançou a validade de conteúdo (BRASIL, 2012).

No bloco B do instrumento, os juízes especialistas não sugeriram alterações, nem recomendações, o que corrobora com nível de concordância de 100%, demonstrando que os itens propostos no instrumento são representativos do domínio do conteúdo estudado, que a redação do conteúdo reflete o conceito que se deseja medir e que há legibilidade e clareza na conceituação (LYNN, 1986; POLIT E HUNGLER, 1991; MCGIBBON, 1997; LOBIONDO-WOOD E HABER, 2001).

Tabela 3 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco B, Manaus, 2014.

Bloco B	Média	Mediana	DP	Máx.	Mín.
Aparência Geral	3,9	4,0	,316	4	3
Facilidade de entendimento	3,7	4,0	,483	4	3
Viabilidade de Prática assistencial	3,9	4,0	,316	4	3
Itens contemplados	3,8	4,0	,422	4	3

DP – Desvio Padrão

Observando a média das notas dos juízes especialistas referente ao bloco B do instrumento (Tabela 3), verifica-se que variou entre 3,7 e 3,9, evidenciando o consenso no julgamento dos itens propostos. Ao analisar a mediana, para apresentação do valor central da distribuição das notas, notou-se que todos os itens avaliados atingiram o conceito *ótimo*, confirmando o consenso em relação ao bloco B do instrumento. Neste bloco, estatisticamente, o desvio padrão indicou que os dados estão próximos da média, comprovando que não há um grau de dispersão significativo, confirmando, dessa maneira, a concordância na avaliação dos juízes especialistas.

O bloco C foi construído a fim de avaliar as ações preconizadas na Primeira Semana de Saúde Integral, tais como realização de triagens neonatal, situação vacinal, orientações sobre aleitamento materno, cuidado e higiene do recém-nascido e da mãe (BRASIL, 2004). O estudo de Furtado et al (2010) sobre a “Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação

entre maternidade e rede básica de saúde" afirma em seus resultados a importância da equipe de saúde da Atenção Primária no agendamento da consulta de puericultura, na realização do teste do pezinho, vacinação e aleitamento materno, possibilitando o acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento o mais cedo possível, ainda na primeira semana de vida, e a continuidade do cuidado, como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004).

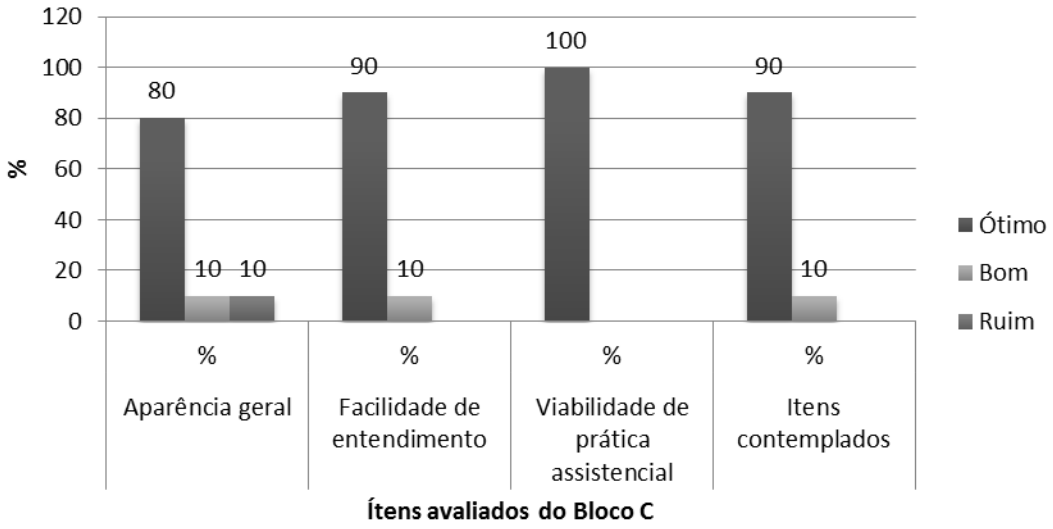


Figura 9 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco C, Manaus, 2014.

A Figura 9 mostra a avaliação do bloco C do instrumento, considerando os conceitos *bom* e *ótimo*, com um consenso entre os juízes de 90 a 100% quanto aos itens avaliados. Em relação à *aparência geral* do bloco C, na ocorrência do percentual de 10% para o conceito *ruim*, a sugestão do juiz que atribuiu esse conceito não se relaciona ao conteúdo, e sim ao *layout* do instrumento, o que conferiu como sugestão, novamente, o aumento da fonte (letra) e do espaçamento para respostas, sugestão esta que não interferiu na validação do instrumento e foi acatada a alteração no instrumento.

Mesmo considerando que o bloco C do instrumento obteve o consenso e está validado, houve duas sugestões por parte de um dos juízes especialistas consideradas pertinentes, uma delas foi complementar o questionamento quanto ao *aleitamento materno* incluindo um espaço para avaliar se o recém-nascido está em *Aleitamento Materno Exclusivo (AME)* ou em *Aleitamento Materno Misto (AMM)* e a outra foi inserir um campo para avaliar *problemas com a mama* visando oportunizar a avaliação da mama da puérpera.

Considerando estudos que demonstram que bebês amamentados exclusivamente apresentaram menor morbidade por diarreia em comparação com aqueles que receberam aleitamento materno junto com alimentos complementares aos 3-4 meses. Mostrando, ainda, que o aleitamento materno exclusivo também é importante para saúde da mulher, pois está associado ao retardo na volta da menstruação e maior rapidez na perda de peso pós-parto, e que os problemas com a mama durante a amamentação é uma das principais causas do desmame precoce, tais sugestões foram acatadas e inseridas na versão final do instrumento (GIUGLIANI, 2004; ARAÚJO, 2008; TOMA, 2008; SANTOS, 2012).

Tabela 4 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco C, Manaus, 2014.

Bloco C	Média	Mediana	DP	Máx.	Mín.
Aparência Geral	3,7	4,0	,675	4	2
Facilidade de entendimento	3,8	4,0	,632	4	2
Viabilidade de Prática assistencial	4,0	4,0	,000	4	4
Itens contemplados	3,8	4,0	,632	4	2

DP – Desvio Padrão

Referente ao bloco C do instrumento, os dados revelam que houve variação entre a média (3,7 a 4,0) (Tabela 4), o que demonstra que a média das notas atribuídas pelos juízes especialistas quanto aos itens propostos ficou próxima da nota máxima da variação e no item *viabilidade para a prática assistencial* a nota máxima foi alcançada, corroborando com a

concordância entre os juízes especialistas em relação ao bloco C do instrumento. A mediana mostrou que todos os itens avaliados atingiram o conceito *ótimo*, confirmando o consenso. E o desvio padrão mostrou que não há um grau de dispersão significativo, confirmando a concordância na avaliação dos juízes especialistas.

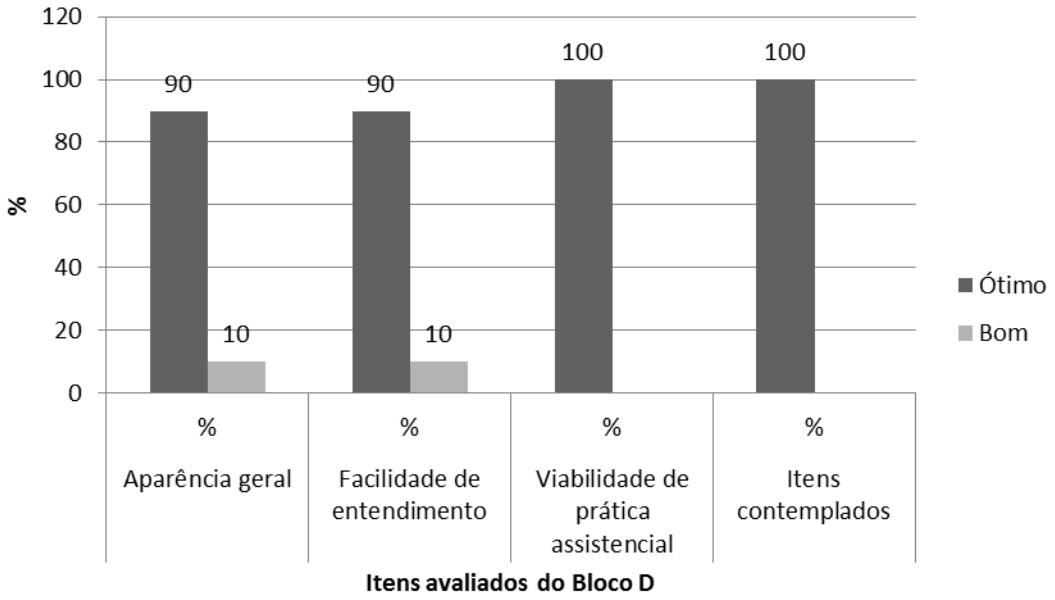


Figura 10 - Consenso do julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco D, Manaus, 2014.

Os conceitos *bom* e *ótimo* denotam concordância entre os juízes especialistas de 100% quanto aos itens propostos em relação ao bloco D do instrumento (Figura 10).

Esse bloco tem um item *Situações de risco para o bebê e para a mãe* em que aparece a nomenclatura *Mãe com deficiência auditiva, visual e/ou mental*. Um juiz especialista sugeriu alterar a nomenclatura, seguindo a legislação vigente, para *Mãe com deficiência física, sensorial (auditiva e visual) e mental*. A alteração considerada pertinente foi incluída no instrumento (BRASIL, 2009).

Tabela 5 - Medidas de tendência central e variância nas notas de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - bloco D, Manaus, 2014.

Bloco D	Média	Mediana	DP	Máx.	Mín.
Aparência Geral	3,9	4,0	,316	4	3
Facilidade de entendimento	3,9	4,0	,316	4	3
Viabilidade de Prática assistencial	4,0	4,0	,000	4	4
Itens contemplados	4,0	4,0	,000	4	4

DP – Desvio Padrão

A média das notas atribuídas a esse bloco variou de 3,9 a 4,0, demonstrando a concordância entre os juízes especialistas. A mediana mostra o consenso do conceito *ótimo* em todos os itens avaliados. E o desvio padrão confirma o nível de concordância mostrando nos itens *aparência geral* e *facilidade de entendimento* um grau mínimo de variância entre as notas e nos itens *viabilidade para prática assistencial* e *itens contemplados* não houve variação entre as notas dos juízes especialistas, confirmando o consenso em relação ao bloco D do instrumento (Tabela 5).

Tabela 6 – Distribuição da frequência de julgamento dos juízes especialistas sobre o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral de acordo com a pertinência por bloco, Manaus, 2014.

Variáveis	Pertinência	
	n	(%)
Bloco A		
Sim	9	(90)
Não	1	(10)
Bloco B		
Sim	10	(100)
Não	-	
Bloco C		
Sim	9	(90)
Não	1	(10)
Bloco D		
Sim	10	(100)
Não	-	

No que se refere à *pertinência*, os blocos A e C atingiram 90% de consenso e os blocos B e D 100% de concordância entre os juízes especialistas, constatando a validade do conteúdo do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral (Tabela 6).

5.3 Instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral: versão final

Na versão final do instrumento, foram incorporadas, além dos itens já discutidos, as alterações quanto ao *layout*. Foi validado ao final da Fase *Delphi* I e apresenta-se da seguinte forma:

FICHA PARA AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI

Nome da Mãe:						Data de Nasc.: / /	
CNS da mãe:				CNS do RN:			
N° de Gestações:		Partos:		Abortos:		Nasc. vivo:	Natimorto:
Documento (RG/CPF)						Prontuário	
Nome do Pai:							
Nome da Criança:						Data de Nasc.: / /	
Peso ao nascer		Peso na visita		Comprimento ao nascer			
Endereço:					Telefone:		
Forma de notificação à UBS / UBSF:	( ) telefone ( ) fax ( )Não foi notificado						
1ª Visita Domiciliar: / /	( ) 24h após a alta ( ) 72h após a alta ( ) após o 5º dia						
Agente Visitador:	( ) Téc. Enfermagem ( ) Enfermeiro(a) ( ) Médico(a) ( ) ACS						
Nome do visitador:					Fone:		
Ações da 1ª Semana:	/ /	Idade criança	dias	UBS / UBSF:			
Local do parto : ( ) maternidade Qual:					( ) domiciliar		
Tipo de parto: ( ) normal ( ) cesáreo ( ) fórceps							
Local do pré-natal:				N.° de consultas:			
Intercorrências no pré-natal:							
Intercorrências no parto:							
Intercorrência neonatal:							
Intercorrência pós-natal:							

SINAIS DE PERIGO NO RECÉM-NASCIDO: (MÉDICO / ENFERMEIRO)			
( )	Convulsões	( )	Criança letárgica ou inconsciente
( )	A criança não consegue mamar	( )	Olhos fundos
( )	Vomita tudo que ingere	( )	Palidez palmar acentuada
( )	Dispneia; FR > 60ipm	( )	Emagrecimento acentuado
( )	Tiragem subcostal e batimento de asa do nariz	( )	Edema em ambos os pés
( )	Gemido	( )	Sinais de dor a manipulação
( )	Fontanela abaulada	( )	Febre (TA>37,5°C)
( )	Secreção purulenta no ouvido	( )	Hipotermia (TA<35,5°C)
( )	Eritema ou secreção purulenta no umbigo	( )	Sibilos, estertores ou crepitações
( )	A criança se movimenta menos que o normal	( )	Pústulas na pele
( )	Sinais da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior)	( )	Icterícia

Observações:

A Criança apresenta SINAIS DE PERIGO?	( ) NÃO →	INICIAR AÇÕES DA 1ª SEMANA
	( ) SIM →	**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A CONSULTA MÉDICA**

CARTÃO DA CRIANÇA Preenchido, lido e explicado para família?		( ) **SIM**	( ) **NÃO**
Realizado Teste do Pezinho?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:	
Realizado Teste do Olhinho?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:	
Realizado Teste do Coraçãozinho	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:	
Realizado Teste da Orelhinha?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:	
Aplicada a 1ª dose da BCG?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
Aplicada a 1ª dose da HEPATITE B?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
<u>NÃO ESQUECER:</u> Preencher a CADERNETA DA CRIANÇA (vacinação)			
Orientado a família sobre reações vacinais?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
Orientado aleitamento materno?	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:	
Aleitamento materno exclusivo	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:	
Problemas com a mama?	( ) NÃO	( ) SIM - Qual?	
Orientado cuidado com o coto umbilical?	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:	
Orientado cuidado de higiene?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
Familiar foi orientado quanto aos cuidados com a mãe?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
1ª consulta da criança (agendamento): / /	**UBS / UBSF / CAIC / OUTRO:**		
Estado geral da mãe: ÓTIMO / BOM	Regular →	**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE À CONSULTA DE ENFERMAGEM / MÉDICA**	
	Péssimo →		

Situações de risco para o bebê e para a mãe (Manter Vigilância)	Puérpera de risco
( ) Mãe adolescente	( ) Pressão alta
( ) Mãe dependente de drogas	( ) Febre
( ) Mãe com baixa escolaridade	( ) Dor em baixo ventre ou nas mamas
( ) Mãe com deficiência física, sensorial (auditiva e visual) e mental	( ) Presença de corrimento com mau cheiro
( ) Mãe com história positiva de HIV	( ) Sangramento intenso / hemorragia
( ) Condições do ambiente desfavoráveis	( ) Mãe não consegue cuidar/gostar do bebê
( ) História de morte em crianças menores de 1 ano na família	( ) Aspecto da cicatriz cirúrgica ruim
( ) Uso de medicamento controlado	( ) Mãe com psicose ou depressão
( ) Não fez uso de suplementação de ferro	

Consulta do pós-parto (Mãe): / /	**UBS / UBSF / OUTRO:**
Data: / /	Profissional de saúde (carimbo e assinatura):

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A opção de construir e validar um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral por meio do emprego de uma escala que indicasse o nível de concordância ou discordância dos participantes fundamentou-se no fato de que, até o momento, não se tem conhecimento da existência de um instrumento que possibilite e sistematize essa avaliação.

O instrumento elaborado com base nas ações preconizadas na linha de cuidado "Primeira Semana de Saúde Integral" da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no quadro de procedimentos de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIDPI Neonatal e no Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, em sua versão final, contém quatro blocos que contemplam desde a identificação até a avaliação de situações de risco para o recém-nascido e puérpera e obteve índice de concordância de 90 a 100%, sendo validado na primeira Fase *Delphi*, já que o nível de concordância adotado no estudo foi de 70%.

O instrumento, avaliado por 10 juízes especialistas, apresentou-se adequado quanto à *aparência geral* (nível de consenso 90%), *facilidade de entendimento* (nível de consenso 90% a 100%), *viabilidade para prática assistencial* (nível de consenso 100%) e *itens contemplados* (nível de consenso 100%). É possível afirmar então que o objetivo do estudo foi alcançado, pois o instrumento desenvolvido demonstrou validade de conteúdo na opinião dos juízes especialistas.

A técnica *Delphi* mostrou-se adequada à proposta do presente estudo, economicamente viável, e possibilitou a participação de profissionais altamente qualificados na temática. Como dificuldade na operacionalização desta pesquisa, destaca-se a localização de juízes especialistas que contemplassem os critérios de inclusão estabelecidos e, também, a morosidade para devolução do material enviado por alguns juízes.

Ao término do estudo, considera-se que o instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral possui validade de conteúdo e, no momento, é compatível ao fim a que se propõe, qual seja avaliar o recém-nascido na primeira semana de vida, favorecendo e sistematizando o processo de cuidar.

Sugere-se, então, a realização de estudos futuros para verificação da aplicabilidade do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral visando contribuir para o aprimoramento da assistência ao recém-nascido na Atenção Primária à Saúde, inclusive, com disposição do instrumento por meio da tecnologia da informação em um *software* – protótipo.

REFERÊNCIAS

AIRÈS, P. **História social da criança e da família.** Trad. de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de janeiro: LCT, 2006.

ALMEIDA, M. A.; PERGHER, A. K.; CANTO, D. F. Validação do mapeamento de cuidados prescritos para pacientes ortopédicos à classificação das intervenções de enfermagem. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.18, n.1, 2010.

AMAZONAS. Lei n. 145, de 21 de maio de 2013. DISPÕE sobre a realização do exame Teste do Coraçãozinho (oximetria de pulso) em todas as Maternidades Públicas do Estado do Amazonas e dá outras providências. **Assembléia Legislativa do Amazonas**, Manaus, AM, 21 de maio de 2013. Disponível em: http://legislador.aleam.gov.br/LegisladorWEB/LegisladorWEB.ASP?WCI=LeiTexto&ID=201&inEspecieLei=21&nrLei=145&aaLei=2013&dsVerbete=. Acesso em: 29 jan. 2014.

ARAÚJO, O. D.; CUNHA, A. L.; LUSTOSA, L. R.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; CAMPELO, S. M. A. Aleitamento materno: fatores que levam aos desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 4, p. 488-92, 2008.

BERTONCELLO, K. C. G. **Qualidade de vida e a satisfação da comunicação do paciente após laringectomia total: construção e validação de um instrumento de medida.** 2004. 247 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BOAVENTURA, A.P. **Registro de atendimento da parada cardiorrespiratória no ambiente intra-hospitalar: validade e aplicabilidade de um instrumento**. 2004. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BRASIL. Portaria nº 18 de 1982. Estabelece a obrigatoriedade do alojamento conjunto nas maternidades do SUS. **INAMPS / Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 1982.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html. Acesso em: 10 ago. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do 7**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (série Legislação Brasileira).

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (1990). **Lei n. 8.069 - Estatuto da Criança e do Adolescente**: promulgada em 13 de julho de 1990. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Portaria MS/GM nº 1016, de 26de agosto de 1993. **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para saúde Integral da Criança e redução da mortalidade Infantil**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. série A. Normas e Manuais Técnicos. 2. ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Legislação Brasileira sobre pessoas portadoras de deficiência**. 5. ed. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** série I. História da Saúde. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Ministério da Saúde.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 1, 2. ed. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI neonatal: quadro de procedimentos**. série A. Normas e Manuais Técnicos. 3. ed. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014. Incorpora a oximetria de pulso - teste do coraçãozinho, na triagem Neonatal no Sistema Único de Saúde - SUS. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2014.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, vol.45, n.3, p. 566-574, 2011.

COHN, A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. v. 2, n. 12, p. 1-18. 1995.

CONTADRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.; BOYLE, P. **Saber preparar uma pesquisa: Definição, Estrutura Financiamento**. 3. ed. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec Abrasco; 1999.

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F.R.S.; BORENSTEIN, M.S. Políticas Públicas de Saúde ao Recém-nascido no Brasil: Reflexos para a Assistência Neonatal. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

DINI, A. P.; FUGULIN, F. M. T.; VERÍSSIMO, M. de L. Ó. R.; GUIRARDELLO, E. B. Sistema de Classificação de Pacientes Pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 575-80, 2011.

FARO, A. C.M. e. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**.,v.31, n.1, p. 259-73, 1997.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.15, n.6, 2007.

FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 129-132, 2010.

FURTADO, M.C.C.; MELLO, D.F.; PARADA, C.M.G.L.; PINTO, I.C.; REIS, M.C.G.; SCOCHI, C.G.S. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.12, n.4, p. 640-6, 2010.

GIUGLIANI, E. R. J. Problemas comuns na lactação e seu manejo. **J Pediatr**, v. 80, n. 5, p. S147-54, 2004.

GOODMAN, C.M. The Delphi Technique: a critique. **J Adv Nurs**. v. 12, p. 729-34, 1987.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 759-772, 2002.

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

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

MCGIBBON, G. How to make a questionnaire work. **Nurs Times**. v. 92, n. 23, p. 46-8, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal DAB/e-SUS. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php> acesso em: 12 de agosto de 2014.

NETO, E. T.S.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M.; LIMA, R. de CD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**. v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

OTENIO, C. C. M.; OTENIO, M. H.; MARIANO, E. R. Políticas públicas para a criança no Brasil: o contexto histórico-social e da saúde. **Estação Científica Online**, n. 6, 2008.

PASQUALI, L . **Testes Referentes a constructo: Teoria e Modelo de Construção**. In: Pasquali, L.(organizador) Instrumentos psicológicos: Manual Prático de elaboração. Brasília: LabPam; 1999.

PASQUALI, L. Princípio de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. Psiq. Clin**. v. 25, n.5, p. 206-13, 1998.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Designs for nursing research**. In: Nursing research: principle and methods. 4 th ed. Philadelphia:J.B. Lippincott Company; 1991.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Atenção Primária. Rede Saúde Manaura. Disponível em: <semsa.manaus.am.gov.br/redesaudemanauara> acesso em: 22 de julho de 2014.

RUBIO, D. M. et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. **Social Work Research**, Washington, v. 27, n. 2, p. 94-111, 2003.

SANTOS, R. R. M.; NEVES, R. C. F. Causas mais comum do desmame precoce: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica de Educação e Ciência**, v. 2, n. 3, p. 12-18, 2012.

SOUZA, M. H. N.; GOMES, T.N.C.; PAZ, E.P.A.; TRINDADE, C.S.; VERAS, R.C.C. Estratégia acolhimento mãe-bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do município do Rio de Janeiro**. Esc. Anna Nery [online]**. vol.15, n.4, p. 671-677, 2011. Acesso em: 05/08/2013.

STREINER, D.L.; NORMAN, G**. Health Measurement Scales: A pratical Guide to their development and use**. 2nd ed. Great Britain: Oxford Medical Publications; 2001.

TOMA, T. S.; REA, M. F. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. S235-46, 2008.

WESTMORELAND, D. et al. Consensual validation of clinical practice model practice guidelines. **Journal of Nursing Care Quality, Frederick MD**, v. 14, n. 4, p. 16-27, 2000.

WILLIAMS, P.L.; WEBB, C. The delphi technique: a methodological discussion. **J Advanced Nurs**. v.19, p. 180-6, 1994.

WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. Delphi – Uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisa em Administração**. v. 01, n. 12, p. 54-65, 2000.

APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Curso de Mestrado em Enfermagem Associado UEPA/UFAM

UFAM

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado UEPA/UFAM
Reconhecido pelo termo de Cooperação Técnica 002/2009 Processo nº 01495/2009

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral. ", sob a coordenação e a responsabilidade do Prof. David Lopes Neto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil, Escola de Enfermagem de Manaus, da Universidade da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 10 de março de 2014.

Profª. Drª. Nair Chase da Silva
Diretora da EEM/UFAM

Rua Teresina nº495 – Bairro de Adrianópolis – Manaus - AM. CEP 69.057-070
Fone: (92)9142-6357 – e-mail: ppgenf@ufam.edu.br

APÊNDICE B – MODELO PRÉVIO DO INSTRUMENTO POR BLOCOS CONFORME SEQUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO

BLOCO A: Identificação da mãe, do pai, da criança e do profissional de saúde que está realizando o atendimento, antecedentes obstétricos da puérpera, informações gerais sobre o pré-natal, parto e nascimento.

FICHA PARA AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI

Nome da Mãe:						Data de Nasc.: / /	
N° de Gestações:		Abortos:		Nasc. Vivos:		Fone:	
Documento (RG/CN/CPF)		nº		SISPRENATAL		GIL	
Nome do Pai:							
Nome da Criança:						Data de Nasc.: / /	
Peso ao nascer		Peso na visita		Comprimento ao nascer			
Endereço:			nº		Bairro:		
Forma de notificação à UBS / UBSF:	( ) Telefone		( ) Fax		( ) Não foi notificado		
1ª Visita Domiciliar: / /	( ) 24h após a alta		( ) 72 horas		( ) Após o 5° dia		
Agente Visitador:	( ) T. Enfermagem	( ) Enfermeiro (a)	( ) Médico (a)	( ) ACS			
Nome do visitador:			Fone:				
Ações da 1ª Semana:	/ /	Idade criança:	dias	UBS / UBSF:			
Local do Parto :							
Local do Pré-Natal:	N.° de consultas:						
Intercorrências no Parto:							
Intercorrências no Pré-Natal:							
Intercorrência Neonatal:							

BLOCO B: *check-list* contendo possíveis sinais de perigo para o recém-nascido, espaço para outras observações, indicação da conduta caso seja identificado sinais de perigo no recém-nascido.

SINAIS DE PERIGO: (MÉDICO / ENFERMEIRO)			
( )	Convulsões	( )	Criança letárgica ou inconsciente
( )	A criança não consegue mamar	( )	Olhos fundos
( )	Vomita tudo que ingere	( )	Palidez palmar acentuada
( )	Dispneia; FR > 60ipm	( )	Emagrecimento acentuado
( )	Tiragem subcostal e batimento de asa do nariz	( )	Edema em ambos os pés
( )	Gemido	( )	Sinais de dor a manipulação
( )	Fontanela abaulada	( )	Febre (TA>37,5°C)
( )	Secreção purulenta no ouvido	( )	Hipotermia (TA<35,5°C)
( )	Eritema ou secreção purulenta no umbigo	( )	Sibilos, estertores ou crepitações
( )	A criança se movimenta menos que o normal	( )	Pústulas na pele
( )	Sinais da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior)	( )	Icterícia
Observações:			
A Criança apresenta SINAIS DE PERIGO?	( ) NÃO →	INICIAR AÇÕES DA 1ª SEMANA	
	( ) SIM →	**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A CONSULTA MÉDICA**	

BLOCO C: – *check-list* contendo as informações sobre as ações preconizadas na PSSI, tais como realização das triagens neonatal, oftalmológica, auditiva e cardiológica, situação vacinal, orientações sobre o aleitamento materno, cuidado e a higiene do recém-nascido e da mãe.

CARTÃO DA CRIANÇA Preenchido, lido e explicado para família?			( ) **SIM**	( ) **NÃO**
Realizado Teste do Pezinho?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Realizado Teste do Olhinho?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Realizado Teste do Coraçãozinho	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Realizado Teste da Orelhinha?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Aplicada a 1ª dose da BCG?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
Aplicada a 1ª dose da HEPATITE B?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
NÃO ESQUECER: Preencher a CADERNETA DA CRIANÇA (vacinação)				
Orientado a família sobre reações vacinais?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
Orientado aleitamento materno?	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:		
Orientado cuidado com o coto umbilical?	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:		
Orientado cuidado de higiene?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
Familiar foi orientado quanto aos cuidados com a mãe		( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
1ª consulta da criança: / /		**UBS / UBSF / CAIC / OUTRO:**		

BLOCO D: avaliação do estado geral da mãe, *check-list* com situações de risco para a dupla mãe-bebê , lacunas para agendamento da 1ª consulta do recém-nascido, da consulta pós-parto da puérpera, identificação da unidade de saúde, data do atendimento e assinatura do profissional de saúde.

Estado geral da mãe:	ÓTIMO			Regular →	**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE À CONSULTA DE ENFERMAGEM / MÉDICA**
	BOM			Péssimo →	

Situações de risco para o bebê e para a mãe (Manter Vigilância)		Puérpera de risco	
( )	Mãe adolescente	( )	Pressão alta
( )	Mãe dependente de drogas	( )	Febre
( )	Mãe com baixa escolaridade	( )	Dor em baixo ventre ou nas mamas
( )	Mãe com deficiência auditiva, visual e/ou mental	( )	Presença de corrimento com mau cheiro
( )	Mãe com história positiva de HIV	( )	Sangramento intenso / hemorragia
( )	Condições do ambiente desfavoráveis	( )	Mãe não consegue cuidar/gostar do bebê
( )	História de morte em crianças menores de 1 ano na família	( )	Aspecto da cicatriz cirúrgica ruim
( )	Uso de medicamento controlado	( )	Mãe com psicose ou depressão
( )	Não fez uso de suplementação de ferro		

Consulta do pós-parto (Mãe): / /	**UBS / UBSF / OUTRO:**
Data: / /	Profissional de saúde:

APÊNDICE C – CARTA CONVITE

Prezado Sr (a)

Meu nome é Luana Amaral Alpirez e estou desenvolvendo um estudo intitulado **Desenvolvimento e Validação de um instrumento de avaliação do recém-nascido na primeira semana de saúde integral** com objetivo de desenvolver e validar um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral - PSSI fundamentado na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e no consenso de especialistas. Você foi escolhido por sua experiência profissional para emitir seu julgamento sobre o conteúdo deste instrumento, caso aceite participar do estudo receberá um questionário de caracterização dos juízes/participantes e o TCLE. Ao devolver esse questionário e o TCLE assinado, receberá outro questionário contendo os itens do instrumento a serem avaliados e consensuados. Para a elaboração deste instrumento, consideramos o que a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil preconiza na linha de cuidado 2 – Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido no que diz respeito às ações da PSSI. Desta forma, solicitamos sua colaboração na leitura e apreciação dos tópicos do instrumento, assim como comentários acerca da manutenção ou exclusão desses tópicos e inclusão de novos, caso julgue necessário. Esclareço que está sendo utilizada a técnica Delphi para a construção e validação de conteúdo do instrumento, sendo característica da técnica a interatividade dos questionários, acontecendo, neste estudo da seguinte maneira será enviado o questionário (por *e-mail* ou AR-correios) que deverá ser avaliado e julgado quanto à apresentação do instrumento, à pertinência dos tópicos e a viabilidade para prática assistencial. Será realizado *feedback* das respostas do grupo de juízes pelo pesquisador para rodada (questionário) subsequente, lembramos que serão realizadas quantas rodadas forem necessárias até que todos os tópicos do instrumento atinjam 70% de consenso podendo então compor o instrumento final que será considerado válido. Desde já, agradecemos sua gentil participação e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,
Luana Amaral Alpirez
Mestranda do Curso de Mestrado Associado em Enfermagem UFAM-UEPA
e-mail: laalpirez@hotmail.com / luana.alpirez@pmm.am.gov.br

APÊNDICE D – CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

Questionário de caracterização dos juízes

Juiz Nº:_____Idade:____ Área de atuação:_____

Qualificação profissional:

Graduação:_____ Ano:_____

Especialização_____ Ano: _____

Mestrado: _____ Ano: _____

Doutorado: _____ Ano:_____

Outros aperfeiçoamentos:_____

Trajetória Profissional:

Área de atuação:_____Tempo de atuação:_____

Temas/ áreas de atuação:

_____

_____

_____

Observações: (opcional)

_____

_____

_____

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ASSOCIADO EM ENFERMAGEM UFAM-UEPA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa **Desenvolvimento e Validação de um instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral**, sob a responsabilidade do pesquisador **Luana Amaral Alpirez**, a qual pretende de elaborar e validar um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral – PSSI fundamentado na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e no consenso de especialistas. A relevância está- evidenciada na linha de cuidado 2 - Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido que traz a PSSI como uma estratégia onde são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e para a promoção da qualidade de vida da criança.

Sua participação é voluntária e seu papel na pesquisa será de juiz especialista, onde irá avaliar o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral, e caso julgue necessário sugerir alterações, contribuindo dessa maneira no processo de validação do instrumento.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos, assim se você apresentar alguma situação indesejada relacionada com a pesquisa, peço que você me comunique imediatamente para que eu possa tomar todas as providências assistenciais e monitoramento do caso até sua resolutividade final. Se você aceitar participar, estará contribuindo para **:** Desenvolver uma tecnologia assistencial que poderá ser modelo para o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, na Atenção Primária à Saúde. Uniformizar e orientar a consulta/visita domiciliar realizada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde ao Recém-nascido na “Primeira Semana de Saúde Integral”. Realizar um diagnóstico de saúde fidedigno da criança na primeira semana de vida, oportunizar a identificação precoce de riscos/intercorrências à saúde da criança.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço: Av. Mário Ypiranga Monteiro, 1695 – Adrianópolis, Manaus-AM, pelo telefone (92) 8159-2696 / 3236-8179, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina,

495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós–Informação

Eu,_____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/ ____/ _____
Assinatura do participante

_____
Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE F – MODELO DE INSTRUMENTO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

Destina-se a validação do conteúdo do instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral.

Parte I: Identificação da mãe, do pai, da criança e do profissional de saúde que está realizando o atendimento, antecedentes obstétricos da puérpera, informações gerais sobre o pré-natal, parto e nascimento.

FICHA PARA AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI

Nome da Mãe:						Data de Nasc.: / /	
Nº de Gestações:		Abortos:		Nasc. Vivos:		Fone:	
Documento (RG/CN/CPF)		nº		SISPRENATAL		GIL	
Nome do Pai:							
Nome da Criança:						Data de Nasc.: / /	
Peso ao nascer		Peso na visita		Comprimento ao nascer			
Endereço:			nº		Bairro:		
Forma de notificação à UBS / UBSF:	( ) Telefone		( ) Fax		( ) Não foi notificado		
1ª Visita Domiciliar: / /	( ) 24h após a alta		( ) 72 horas		( ) Após o 5° dia		
Agente Visitador:	( ) T. Enfermagem	( ) Enfermeiro (a)	( ) Médico (a)	( ) ACS			
Nome do visitador:			Fone:				
Ações da 1ª Semana:	/ /	Idade criança:	dias	UBS / UBSF:			
Local do Parto :							
Local do Pré-Natal:	N.° de consultas:						
Intercorrências no Parto:							
Intercorrências no Pré-Natal:							
Intercorrência Neonatal:							

Julgue os itens quanto à apresentação geral do instrumento, à pertinência dos tópicos e à viabilidade para a prática assistencial, considerando a legenda abaixo:

1 – não pode ser avaliado 2 – ruim 3 – bom 4 – ótimo

ITENS AVALIADOS	ESCORE OBTIDO
Aparência geral	
Facilidade de entendimento	

Viabilidade para a prática assistencial	
Itens contemplados	

Os tópicos/itens são pertinentes: ( ) SIM ( ) NÃO

Se NÃO sugira as alterações que você julgue necessário fazer:

_____

_____

Sugestões, comentários e críticas gerais:

_____

_____

Parte II: *Check-list* contendo possíveis sinais de perigo para o recém-nascido, indicação da conduta caso seja identificado sinais de perigo no recém-nascido; contendo as ações preconizadas na PSSI, tais como realização das triagens neonatal, oftalmológica, auditiva e cardiológica, situação vacinal, orientações sobre o aleitamento materno, cuidado e a higiene do recém-nascido. E, **Parte III**: lacunas para colocar a data do agendamento da 1ª consulta do recém-nascido, da consulta pós-parto da puérpera, identificação da unidade de saúde, data do atendimento e assinatura do profissional de saúde.

SINAIS DE PERIGO: (MÉDICO / ENFERMEIRO)			
( )	Convulsões	( )	Criança letárgica ou inconsciente
( )	A criança não consegue mamar	( )	Olhos fundos
( )	Vomita tudo que ingere	( )	Palidez palmar acentuada
( )	Dispneia; FR > 60ipm	( )	Emagrecimento acentuado
( )	Tiragem subcostal e batimento de asa do nariz	( )	Edema em ambos os pés
( )	Gemido	( )	Sinais de dor a manipulação
( )	Fontanela abaulada	( )	Febre (TA>37,5°C)
( )	Secreção purulenta no ouvido	( )	Hipotermia (TA<35,5°C)
( )	Eritema ou secreção purulenta no umbigo	( )	Sibilos, estertores ou crepitações
( )	A criança se movimenta menos que o normal	( )	Pústulas na pele
( )	Sinais da prega (a pele volta lentamente ao estado anterior)	( )	Icterícia
Observações:			
A Criança apresenta SINAIS DE PERIGO?	( ) NÃO →	INICIAR AÇÕES DA 1ª SEMANA	
	( ) SIM →	**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A CONSULTA MÉDICA**	

Julgue os itens quanto à apresentação geral do instrumento, à pertinência dos tópicos e à viabilidade para a prática assistencial, considerando a legenda abaixo:

1 – não pode ser avaliado 2 – ruim 3 – bom 4 – ótimo

ITENS AVALIADOS	**ESCORE OBTIDO**
Aparência geral	
Facilidade de entendimento	
Viabilidade para a prática assistencial	
Itens contemplados	

Os tópicos/itens são pertinentes: ( ) SIM ( ) NÃO

Se NÃO sugira as alterações que você julgue necessário fazer:

_____

_____

Sugestões, comentários e críticas:

_____

_____

CARTÃO DA CRIANÇA Preenchido, lido e explicado para família?			( ) **SIM**	( ) **NÃO**
Realizado Teste do Pezinho?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Realizado Teste do Olhinho?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Realizado Teste do Coraçãozinho	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Realizado Teste da Orelhinha?	( ) SIM / /	( ) NÃO - Motivo:		
Aplicada a 1ª dose da BCG?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
Aplicada a 1ª dose da HEPATITE B?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
NÃO ESQUECER: Preencher a CADERNETA DA CRIANÇA (vacinação)				
Orientado a família sobre reações vacinais?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
Orientado aleitamento materno?	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:		
Orientado cuidado com o coto umbilical?	( ) SIM	( ) NÃO - Motivo:		
Orientado cuidado de higiene?	( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**		
Familiar foi orientado quanto aos cuidados com a mãe		( ) **SIM**	( ) **NÃO - Motivo:**	
1ª consulta da criança: / /		**UBS / UBSF / CAIC / OUTRO:**		

Julgue os itens quanto à apresentação geral do instrumento, à pertinência dos tópicos e à viabilidade para a prática assistencial, considerando a legenda abaixo:

1 – não pode ser avaliado 2 – ruim 3 – bom 4 – ótimo

ITENS AVALIADOS	**ESCORE OBTIDO**
Aparência geral	
Facilidade de entendimento	

Viabilidade para a prática assistencial	
Itens contemplados	

Os tópicos/itens são pertinentes: ( ) SIM ( ) NÃO

Se NÃO sugira as alterações que você julgue necessário fazer:

_____

_____

Sugestões, comentários e críticas:

_____

_____

Estado geral da mãe:	ÓTIMO			Regular →	**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE À CONSULTA DE ENFERMAGEM / MÉDICA**
	BOM			Péssimo →	

Situações de risco para o bebê e para a mãe (Manter Vigilância)		Puérpera de risco	
( )	Mãe adolescente	( )	Pressão alta
( )	Mãe dependente de drogas	( )	Febre
( )	Mãe com baixa escolaridade	( )	Dor em baixo ventre ou nas mamas
( )	Mãe com deficiência auditiva, visual e/ou mental	( )	Presença de corrimento com mau cheiro
( )	Mãe com história positiva de HIV	( )	Sangramento intenso / hemorragia
( )	Condições do ambiente desfavoráveis	( )	Mãe não consegue cuidar/gostar do bebê
( )	História de morte em crianças menores de 1 ano na família	( )	Aspecto da cicatriz cirúrgica ruim
( )	Uso de medicamento controlado	( )	Mãe com psicose ou depressão
( )	Não fez uso de suplementação de ferro		

Consulta do pós-parto (Mãe): / /	**UBS / UBSF / OUTRO:**
Data: / /	Profissional de saúde:

Julgue os itens quanto à apresentação geral do instrumento, à pertinência dos tópicos e à viabilidade para a prática assistencial, considerando a legenda abaixo:

1 – não pode ser avaliado 2 – ruim 3 – bom 4 – ótimo

ITENS AVALIADOS	**ESCORE OBTIDO**
Aparência geral	
Facilidade de entendimento	
Viabilidade para a prática assistencial	
Itens contemplados	

Os tópicos/itens são pertinentes: ( ) SIM ( ) NÃO

Se NÃO sugira as alterações que você julgue necessário fazer:

_____

_____

Sugestões, comentários e críticas:

_____

_____

APÊNDICE G – INSTRUÇÕES PARA O PRENCHIMENTO DO INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE UMA FICHA DE AVALIAÇÃO DO RECÉM NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI

O objetivo deste instrumento é o de captar o parecer dos juízes (expertises) acerca do conteúdo de cada parte da ficha: **Parte I**: Identificação da mãe, do pai, da criança e do profissional de saúde que está realizando o atendimento, antecedentes obstétricos da puérpera, informações gerais sobre o pré-natal, parto e nascimento; **Parte II**: check-list contendo possíveis sinais de perigo para o recém-nascido, indicação da conduta caso seja identificado sinais de perigo no recém-nascido; contendo as ações preconizadas na PSSI, tais como realização das triagens neonatal, oftalmológica, auditiva e cardiológica, situação vacinal, orientações sobre o aleitamento materno, cuidado e a higiene do recém-nascido. E **Parte III**: lacunas para colocar a data do agendamento da 1ª consulta do recém-nascido, da consulta pós-parto da puérpera, identificação da unidade de saúde, data do atendimento e assinatura do profissional de saúde.

Este instrumento é composto por escalas de likert onde o juiz irá atribuir o escore que achar apropriado (**1 – não pode ser avaliado 2 – ruim 3 – bom 4 – ótimo)** a cada item avaliado, também julgará a pertinência dos itens marcando um **X** na opção **"SIM"** se achar os tópicos pertinentes e na opção **"NÃO"** se não achar pertinente , caso marque a opção "NÃO" poderá sugerir as alterações.

Consta também no instrumento um espaço para sugestões, comentários e críticas.

REQUISITOS A SEREM ANALISADOS PARA CADA PARTE DA FICHA DE AVALIAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA SEMANA DE SAÚDE INTEGRAL - PSSI	
1. Aparência Geral	Os itens estão bem estruturados, seguem uma sequência lógica
2. Facilidade de entendimento	Explicitado de forma clara, simples e inequívoca
3. Viabilidade para a prática assistencial	É útil, permite ação de avaliação clara e precisa
4. Itens contemplados	Cada item de identificação e avaliação é útil, não se confunde com os demais, não se repetem, permite resposta objetiva e atende ao objetivo proposto pela ficha

ANEXO 1 – PARECER CONSUSBTANCIADO DO CEP

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DO AMAZONAS - FUA (UFAM)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento e Validação de um instrumento de avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral

Pesquisador: LUANA AMARAL ALPIREZ

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28809114.1.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 562.015

Data da Relatoria: 19/03/2014

Apresentação do Projeto:

Mestrado Associado em enfermgem UFAM e UEPA.

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo validação de conteúdo de um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral. O instrumento será desenvolvido baseando-se nas ações preconizadas na linha de cuidado Primeira Semana de Saúde Integral da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no quadro de procedimentos de avaliação e classificação da criança de 0 a 2 meses do Manual AIPDI Neonatal e no manual técnico Prénatal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Para validação do conteúdo do instrumento, será utilizada a técnica Delphi, que consiste na realização de julgamentos por um grupo de juízes, especialistas na área, com o objetivo de se obter o consenso, nesse estudo será adotado o índice de 70% como nível mínimo de consenso a ser obtido pelos juízes na validação do conteúdo do instrumento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver um instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral.

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br

Objetivo Secundário:

Validar o conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral;Verificar o grau de confiabilidade do instrumento desenvolvido através da análise do coeficiente de consistência interna do instrumento aplicando o coeficiente Alpha de Cronbach.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Trata-se de uma pesquisa de risco mínimo, podendo os sujeitos apresentar algum distúrbio psicoemocional quando do preenchimento do instrumento. Em caso de alguma intercorrência, que só poderá ser notada se o sujeito comunicar à pesquisadora, mas este será orientado quando do preenchimento do TCLE, a pesquisadora responsável solicitará todas as informações e tomará todas as providências assistenciais e monitoramento do caso até sua resolutividade final.

Benefícios:

Desenvolver uma tecnologia assistencial que poderá ser modelo para o Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, na Atenção Primária à Saúde. Uniformizar e orientar a consulta/visita domiciliar realizada pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde ao Recém-nascido na Primeira Semana de Saúde Integral. Realizar um diagnóstico de saúde fidedigno da criança na primeira semana de vida, oportunizar a identificação precoce de riscos/intercorrências à saúde da criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, de desenvolvimento metodológico, do tipo de validação de conteúdo de um instrumento
para avaliação do recém-nascido com vistas a poder utilizá-lo na consulta realizada na Primeira Semana de Saúde Integral. Consoante
Contandriopoulos et al. (1999) a pesquisa de desenvolvimento é uma estratégia de pesquisa que visa, utilizando sistematicamente conhecimentos
existentes, objetiva elaborar uma nova intervenção ou melhorar consideravelmente uma intervenção existente ou, ainda, elaborar ou melhorar um
instrumento, um dispositivo ou um método de medição.O desenvolvimento do estudo ocorrerá em três etapas:Desenvolvimento de um instrumento
para avaliação do recém-nascido na PSSI;Validação de conteúdo do instrumento para avaliação do recém-nascido na PSSI;Verificação do grau de
confiabilidade do instrumento desenvolvido através da análise do coeficiente de consistência

interna do instrumento aplicando o coeficiente Alpha de
Cronbach O estudo será realizado em etapas não consecutivas e interdependentes, a saber: Elaboração de um instrumento para avaliação do
recém-nascido na PSSI; Análise de conteúdo do instrumento por juízes especialistas, que deverão avaliar a apresentação do instrumento, a
pertinência dos tópicos e a viabilidade para prática assistencial; Correção e incorporação das alterações no instrumento segundo análise dos juízes;
Validação do conteúdo do instrumento; Verificação do grau de confiabilidade do instrumento através da análise do coeficiente de consistência
interna aplicando o coeficiente Alpha de Cronbach. Para a coleta de dados será utilizado questionário contemplando o conteúdo do instrumento a
ser validado com o objetivo de se obter um consenso de opiniões. Esses questionários serão enviados via e-mail ou AR-correios aos juízes que
aceitarem participar do estudo As etapas de execução da técnica Delphi acontecerão da seguinte maneira: 1.Informações referentes às questões
serão postadas (via e-mail ou AR-correios) individualmente a cada juiz, que então responde para o pesquisador: este pro-cedimento é anônimo e
confidencial; 2.As respostas serão coletadas e escrutinadas pela pesquisadora; 3.A pesquisadora compilará uma lista com todas as respostas e
enviará novamente para os juízes; 4.Neste estágio, os juízes serão solicitados a reconsiderar a lista e responder indi-cando sua concordância ou
não com os itens da lista; 5.Respostas serão coletadas uma vez mais e o processo será repetido até o consenso ser alcançado. Desse modo serão
feitas quantas rodadas forem necessária até se obter um consenso de 70% em todos os itens do instrumento, que será considerado então validado.

INSTRUMENTO:

Apresentado e atende aos objetivos.

CRONOGRAMA:coleta prevista de 01/04 a 30/05.2014

ORÇAMENTO:R$ 1.467,00 - recursos próprios

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

Critério de Inclusão:

1 - Busca ativa de profissionais/juízes - que se destacam nas áreas de interesse do estudo-saúde:enfermeiro e médico com especialidade e/ou experiência de 5 (cinco) anos em neonatologia,

pediatria e educação - profissional da área da saúde/educação com especialidade e/ou experiência de 5 (cinco) anos em avaliação de tecnologia educacional e no ensino superior com mais de 5 (cinco) anos.2 - Qualidade e Quantidade dos juízes:
02 profissionais (enfermeiro/médico) que atuem na Atenção Primária à Saúde, 02 profissionais que atuem no ensino superior, 01 profissional da área técnica de saúde da criança municipal, 01 profissional da área técnica de saúde da criança estadual, 02 profissionais da área técnica de saúde da criança federal e 02 profissionais expertises em validação de tecnologias, totalizando 10 juízes.Após a seleção dos possíveis juízes, será enviada uma carta convite por e-mail ou Aviso de Remessa (AR) - correios, explicando o objetivo do estudo e os critérios/motivos da escolha. Os juízes selecionados terão 30 dias para devolver a carta convite, via e-mail ou AR-correios, informando se aceita ou não participar do estudo. O juiz que aceitar o convite irá receber por e-mail ou AR-correios, um questionário de caracterização dos juízes e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, os quais deverão ser devolvidos a pesquisadora via e-mail ou AR-correios, obedecendo a um prazo de 20 dias.
Critério de Exclusão:
1 Não pertencer às áreas da saúde ou da educação; 2 Profissionais que não devolverem a resposta da carta convite dentro desse prazo estabelecido para devolução.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
FOLHA DE ROSTO - assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem - Nair Chase da Silva
TCLE - apresentado e adequado
Termo de Anuência apresentado, mas não se aplica pois vai usar DELPHI e os juizes são independentes.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O protocolo de pesquisa atende a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 19 de Março de 2014

Assinador por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis **CEP:** 69.057-070
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 **Fax:** (92)3305-5130 **E-mail:** cep@ufam.edu.br