

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO**

BÁRBARA LETÍCIA CRUZ DOS SANTOS

**CARTILHA EDUCATIVA PARA CUIDADORES SOBRE O CUIDADO COM
CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

RECIFE

2024

BÁRBARA LETÍCIA CRUZ DOS SANTOS

**CARTILHA EDUCATIVA PARA CUIDADORES SOBRE O CUIDADO COM
CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção parcial do título de Mestra em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e Educação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos cenários do cuidado de Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal

RECIFE

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Santos, Bárbara Letícia Cruz Dos.

Cartilha educativa para cuidadores sobre o cuidado com crianças em acolhimento institucional / Bárbara Letícia Cruz Dos Santos. - Recife, 2024.

140f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2024.

Orientação: Luciana Pedrosa Leal.

Inclui referências e apêndices.

1. Cuidado; 2. Criança institucionalizada; 3. Cuidador; 4. Educação em saúde; 5. Enfermagem; 6. Tecnologia educacional. I. Leal, Luciana Pedrosa. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

BÁRBARA LETÍCIA CRUZ DOS SANTOS

CARTILHA EDUCATIVA SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade
Federal de Pernambuco, como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestra em Enfermagem.

Dissertação aprovada em: 29/11/2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Cleide Maria Pontes
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Aloísia Pimentel de Barros
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Jeanine Porto Brondani
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a Deus, família e amigos a quem amo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, por me guiar e sustentar ao longo desta jornada de estudos, concedendo-me força, sabedoria e perseverança para alcançar este momento tão significativo em minha vida.

Ao meu amado esposo e incentivador, Josival, sua presença amorosa e apoio inabalável foram fundamentais para que eu pudesse me dedicar integralmente à realização deste mestrado. Obrigada por ser meu pilar e minha fonte constante de incentivo.

À minha mãe Eliane e tia Joseane, cujo amor incondicional e constante encorajamento foram minha inspiração. Seu apoio e sacrifício ao longo dos anos foram a base sobre a qual construí minha jornada acadêmica. Sou profundamente grata por tudo que fizeram por mim.

Aos meus amados avós Anaíde e Antônio, cujo amor e sabedoria sempre me acompanharam. Suas bênçãos e incentivo foram essenciais para que eu pudesse persistir em minha busca pelo conhecimento.

Aos cuidadores e equipe técnica das unidades de acolhimento institucional, gratidão por nos permitirem compreender a importância e a complexidade do cuidado institucional, por viabilizarem a realização do estudo e por compartilharem suas vivências sobre o acolhimento de forma tão transparente e aberta.

À minha orientadora querida, Profa. Luciana Pedrosa Leal, pela sua orientação cuidadosa, expertise, incentivo, paciência e amabilidade ao longo deste processo. Seu profissionalismo e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para o meu crescimento acadêmico e pessoal.

À Profa. Cleide Maria Pontes, pelas contribuições valiosas, foram fundamentais para enriquecer este trabalho e ampliar minha visão como pesquisadora.

À Profa. Aloísia Pimentel, pelo olhar acurado e suas ricas contribuições, foram necessárias para aprimorar este trabalho.

Por fim, expresso minha gratidão aos professores e servidores técnicos administrativos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFPE por proporcionar um ambiente acadêmico estimulante e recursos necessários para a realização deste projeto. Agradeço pela oportunidade de aprender, crescer e contribuir para o avanço do conhecimento em minha profissão e carreira.

A todos os mencionados e a tantos outros que de alguma maneira contribuíram para esta conquista, o meu mais sincero e profundo agradecimento. Este trabalho é também fruto do apoio e do amor de cada um de vocês. Obrigada.

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo”

- Paulo Freire.

RESUMO

O acolhimento institucional é uma medida socioprotetiva à criança em situação de ameaça dos seus direitos, e a qualidade do cuidado ofertado nestes espaços é fundamental para minimização das injúrias sofridas. O cuidador é a figura promotora do desenvolvimento físico e socioemocional da criança, responsável por ofertar desde cuidados básicos, como alimentação e higiene, até o fortalecimento da identidade do acolhido. O enfermeiro pode apoiar o trabalho destes profissionais e melhorar a qualidade do cuidado às crianças. Ao utilizar tecnologias educacionais adequadas para mediar processos de educação em saúde, é possível estabelecer de forma horizontal e dialógica a construção do conhecimento e as práticas cotidianas almejadas. Essa pesquisa objetivou avaliar uma cartilha educativa desenvolvida para cuidadores sobre o cuidado com crianças em acolhimento institucional. Trata-se de um estudo metodológico em instituições de acolhimento municipais do Recife, com cuidadores de crianças de zero a seis anos de idade. O desenvolvimento e avaliação da tecnologia educacional seguiu três etapas: 1) desenvolvimento da cartilha, a partir do diagnóstico situacional da necessidade dos cuidadores, mediante entrevista com 77 participantes, que definiram o conteúdo da tecnologia; 2) avaliação de conteúdo e aparência com 15 juízes especialistas (enfermeiros, psicólogos e designers); e 3) análise semântica com 16 participantes do público-alvo, os cuidadores. A análise dos dados da primeira etapa se deu por frequência relativa e absoluta para variáveis categóricas; para as contínuas, medidas de tendência central e dispersão. Para a avaliação de conteúdo e aparência foi adotado o Índice de Validação de Conteúdo (IVC) e o teste binomial, sendo desejável um valor igual ou superior a 80%. Na análise semântica foi considerada frequência de adequação de 70% pelo público alvo. Ao final de todas estas etapas, foi elaborada a versão final da tecnologia educacional. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco. As necessidades mais prevalentes dos cuidadores foram: primeiros socorros, traqueostomia e violência sexual, que compuseram os temas contidos na cartilha, formato escolhido pelo público-alvo. O material foi construído mediante manuais, protocolos do Ministério da Saúde e literatura científica e a formatação foi realizada por um designer gráfico. Em relação ao conteúdo, aparência e semântica todos os temas da cartilha apresentaram IVC maior que 80% pelos juízes e índice de concordância de 100% pelos cuidadores. A cartilha foi considerada adequada, quanto ao conteúdo, aparência e compreensível na análise semântica para auxiliar os cuidadores no

cuidado com crianças em acolhimento institucional. Apresenta potencial impacto social e na prática de educação em saúde realizada por enfermeiros, por contribuir com os cuidados efetivos às crianças acolhidas e com a formação continuada de cuidadores nas instituições de acolhimento.

Palavras-chave: cuidado; criança institucionalizada; cuidador; educação em saúde; enfermagem; tecnologia educacional.

ABSTRACT

Institutional care is a socioprotective measure for children in situations where their rights are threatened, and the quality of care provided in these settings is essential to minimize the harm suffered. The caregiver is the figure who promotes the physical and socioemotional development of the child, responsible for providing everything from basic care, such as food and hygiene, to strengthening the identity of the person being cared for. Nurses can support the work of these professionals and improve the quality of care for children. By using appropriate educational technologies to mediate health education processes, it is possible to establish the construction of knowledge and the desired daily practices in a horizontal and dialogical manner. This research aimed to evaluate an educational booklet developed for caregivers on caring for children in institutional care. This is a methodological study in municipal care institutions in Recife, with caregivers of children aged zero to six years. The development and evaluation of the educational technology followed three stages: 1) development of the booklet, based on the situational diagnosis of the caregivers' needs, through interviews with 77 participants, who defined the content of the technology; 2) evaluation of content and appearance with 15 expert judges (nurses, psychologists and designers); and 3) semantic analysis with 16 participants from the target audience, the caregivers. The analysis of the data from the first stage was done by relative and absolute frequency for categorical variables; for continuous variables, measures of central tendency and dispersion were used. The Content Validation Index (CVI) and the binomial test were used to evaluate content and appearance, with a value equal to or greater than 80% being desirable. In the semantic analysis, a frequency of suitability of 70% by the target audience was considered. At the end of all these stages, the final version of the educational technology was developed. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco. The most prevalent needs of caregivers were: first aid, tracheostomy and sexual violence, which comprised the topics contained in the booklet, a format chosen by the target audience. The material was constructed using manuals, protocols from the Ministry of Health and scientific literature, and the formatting was carried out by a graphic designer. Regarding the content, appearance and semantics, all the topics in the booklet presented a CVI greater than 80% by the judges and an agreement rate of 100% by the caregivers. The booklet was considered adequate in terms of content, appearance and comprehensibility in the semantic

analysis to assist caregivers in caring for children in institutional care. It has a potential social impact and in the practice of health education carried out by nurses, by contributing to effective care for children in care and to the continued training of caregivers in care institutions.

Keywords: care; institutionalized child; caregiver; health education; nursing; educational technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01	— Réplica Roda dos Expostos. Recife-PE, 2024	29
Figura 02	— Representação das etapas do estudo do estudo “Cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores”. Recife-PE, 2024.	45
Figura 03	— Domínios da Atenção Integral necessária para que a criança alcance todo seu potencial de desenvolvimento. Recife-PE, 2024	49
Figura 04	— Capa da cartilha de cuidado à saúde da criança acolhida direcionada aos cuidadores. Recife-PE, 2024.	70
Figura 05	— Texto de apresentação e situação problema da cartilha “Cuidado a criança acolhida”. Recife-PE, 2024.	70
Figura 06	— Sessão traqueostomia da cartilha “Cuidado a criança acolhida”. Recife-PE, 2024.	71
Figura 07	— Subtemas primeiros socorros da cartilha “Cuidado à criança acolhida”. Recife-PE, 2024.	72
Figura 08	— Tema violência na cartilha educativa “Cuidado á criança acolhida”. Recife-PE, 2024.	73
Figura 09	— Estrutura final da cartilha “Cuidado à Saúde da Criança acolhida”. Recife-PE, 2024.	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 —	Representação da distribuição dos domínios da atenção integral à criança e as necessidades dos cuidadores. Recife-PE, 2024.	49
Quadro 2 —	Aspectos da Linguagem considerados na elaboração do material educativo em saúde. Recife-PE, 2024	52
Quadro 3 —	Aspectos quanto a ilustrações que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde. Recife -PE, 2024.	53
Quadro 4 —	Aspectos de <i>layout e design</i> que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde.	54
Quadro 5 —	Juízes especialistas segundo a categoria profissional. Recife-PE, 2024.	55
Quadro 6 —	Critérios de seleção dos juízes para avaliação do conteúdo e aparência da cartilha. Recife-PE, 2024	56
Quadro 7 —	Equações matemáticas para se efetuar o cálculo do IVC. Recife-PE, 2024.	58
Quadro 8 —	Sugestões dos juízes sobre o conteúdo e aparência da seção primeiros socorros da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024	81
Quadro 9 —	Sugestões dos juízes sobre o conteúdo e aparência da seção traqueostomia da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024	89
Quadro 10 —	Sugestões dos juízes sobre o conteúdo e aparência da seção violência sexual da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	—	Distribuição de elementos da amostra. Recife-PE, 2024	43
Tabela 2	—	Características sociodemográficas dos cuidadores das Instituições de Acolhimento. Recife-PE,2024.	61
Tabela 3	—	Dificuldades dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento nos domínios saúde, nutrição/alimentação, cuidados responsivos, segurança/proteção e aprendizagem precoce. Recife, 2024.	63
Tabela 4	—	Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio sobre saúde da criança. Recife-PE, 2024.	64
Tabela 5	—	Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio nutrição da criança. Recife-PE, 2024.	65
Tabela 6	—	Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio cuidados responsivos com a criança. Recife-PE, 2024.	66
Tabela 7	—	Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio segurança e proteção da criança. Recife-PE, 2024.	67
Tabela 8	—	Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio sobre aprendizagem precoce da criança. Recife-PE, 2024.	67
Tabela 9	—	- Formato da tecnologia educativa segundo escolha dos cuidadores das crianças em instituições de acolhimento. Recife-PE, 2024..	68
Tabela 10	—	Dificuldades e interesses dos cuidadores quanto a educação continuada. Recife-PE, 2024	68
Tabela 11	—	Caracterização dos juízes enfermeiros da avaliação do conteúdo e aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores (n=6).	75
Tabela 12	—	Caracterização dos juízes psicólogos que participaram da análise do conteúdo e aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	77
Tabela 13	—	Caracterização dos juízes <i>designers</i> que participaram da análise da aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	78
Tabela 14	—	Avaliação dos juízes acerca do conteúdo da seção a respeito de primeiros socorros, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	79
Tabela 15	—	Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção a respeito de primeiros socorros, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024	80
Tabela 16	—	Avaliação dos juízes acerca do conteúdo a respeito da traqueostomia, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	86

Tabela 17	— Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção traqueostomia, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	87
Tabela 18	— Avaliação dos juízes acerca do conteúdo a respeito da violência, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	91
Tabela 19	— Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção violência, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	92
Tabela 20	— Caracterização dos cuidadores que participaram da análise semântica cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.	98
Tabela 21	— Variáveis quantitativas da caracterização dos cuidadores que participaram da análise semântica cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024	99
Tabela 22	— Avaliação dos cuidadores acerca da clareza e compreensão da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE,2024.	100

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GTT	Gastrostomia
IVA	Índice de Validação de Aparência
IVATES	Instrumento de Validação de Aparência de Tecnologia Educacional em Saúde
IVC	Índice de Validação e Conteúdo
IVCES	Instrumento de Validação de Conteúdo Educativo em Saúde
OMS	Organização Mundial em Saúde
PE	Pernambuco
POP	Procedimento Operacional Padrão
RPA	Regiões Político-administrativas
SNG	Sonda nasogástrica
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade
TE	Tecnologia Educacional
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TQT	Traqueostomia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	27
2.1	OBJETIVO GERAL	27
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3.	REVISÃO DE LITERATURA	28
4.	MÉTODO	44
4.1	TIPO DE ESTUDO	44
4.2	ETAPAS DO ESTUDO	44
4.2.1	Desenvolvimento da tecnologia educacional	45
4.2.1.1	Diagnóstico situacional.	45
4.2.1.2	Local do estudo	46
4.2.1.3	População e amostra	46
4.2.1.4	Critérios de inclusão	47
4.2.1.5	Critérios de exclusão .	47
4.2.1.6	Instrumento para coleta de dados	47
4.2.1.7	Coleta de dados	50
4.2.1.8	Análise de dados	51
4.2.2	Produção da tecnologia educacional	54
4.3	AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA	54
4.3.1	População e amostra	54
4.3.2	Instrumentos para a coleta de dados	56
4.3.3	Procedimento para coleta de dados	57
4.3.4	Análise de dados	57
4.4	ANÁLISE SEMÂNTICA	58
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	60
5	RESULTADOS	61
5. 1	DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA	61
5.1.1	Resultados do diagnóstico situacional	61
5.1.2	Elaboração da cartilha educativa.	69
5.2	AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DA CARTILHA	73
5.2.1	Caracterização dos juízes	73

5.1.2	Primeiros socorros: avaliação de conteúdo e de aparência	78
5.2.3	Traqueostomia: avaliação de conteúdo e de aparência	86
5.2.4	Violência: avaliação de conteúdo e aparência	91
5.3	ANÁLISE SEMÂNTICA	98
6	DISCUSSÃO	102
7	CONCLUSÃO	110
8	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS REFERENTE À CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL E ÀS EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO	119
	APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS CUIDADORES DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	123
	APÊNDICE C- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS	126
	APÊNDICE D - CARTA CONVITE PARA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E APARÊNCIA POR JUÍZES ESPECIALISTAS	127
	APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - COLETA DE DADOS VIRTUAL (TCLE)- JUÍZES ESPECIALISTAS PARA AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL	128
	APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS PARA CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS PARA AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL	131
	APÊNDICE G- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE, FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL, 2017 (LEITE; 2018)	133
	APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE (IVATES). FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL, 2014.	135

**APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E 136
ESCLARECIDO (TCLE)- CUIDADORES NA ANÁLISE
SEMÂNTICA DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL**

1 INTRODUÇÃO

A primeira infância, considerada pelo Marco Legal da Primeira Infância de 0 a 6 anos de vida, é reconhecida como um período oportuno para promoção à saúde e ao desenvolvimento integral da criança. O cuidado vivido nesta etapa está relacionado a resultados satisfatórios na vida adulta, o qual, se bem estabelecido repercute diretamente nas relações biopsicossociais, emoções, escolhas pessoais e profissionais e evita comportamentos de risco. O cuidado com a infância, quando bem ofertado, é capaz de promover, não apenas bons indicadores de desenvolvimento, mas interromper ciclos de vulnerabilidade e minimizar desigualdades sociais (UNICEF, 2022).

As condições criadas por políticas, programas e serviços públicos devem permitir que a rede de cuidadores garanta boa saúde e nutrição às crianças, protegendo-as de ameaças. Cuidar também significa ofertar oportunidades de aprendizagem precoce, por meio de interações responsivas e emocionalmente estimulantes. O cuidado ofertado deve contemplar cinco domínios: saúde, nutrição, proteção e segurança, cuidados responsivos e oportunidades de aprendizagem precoce. Entretanto, este cuidar ampliado depende de famílias funcionais e dos sistemas de apoio que lhes subsidiam (WHO, 2018; UNICEF 2022).

Quando os cuidados ofertados pela família estão aquém de contemplar as necessidades da criança, o Estado deve assegurar o seu bem-estar os serviços de proteção. Conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o acolhimento institucional é uma medida socioprotetiva excepcional e provisória para crianças e adolescentes que tiveram seus direitos ameaçados ou violados. Após esgotados todos os recursos e tentativas de manter a criança em seu núcleo familiar, o acolhimento pode ser uma alternativa viável para garantia destes direitos (Brasil, 1990).

O acolhimento pode se desdobrar nas seguintes modalidades: Casas-lares, oferecido em unidades residenciais, nas quais pelo menos uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente, prestando cuidados aos acolhidos; Acolhimento em Família Acolhedora: efetuado por famílias cadastradas, que cuidam destas crianças de forma temporária até que se retorne ao convívio familiar, ou adoção; e por último, o Abrigo Institucional: que deve oferecer ambiente acolhedor e condições institucionais para o atendimento com padrões de dignidade (Brasil 2009a).

No Brasil, existem 7454 serviços de acolhimento disponíveis, e 33.605 crianças acolhidas, a maioria é composta por adolescentes, totalizando 9.420 acolhidos com mais de 15

anos. Entre eles, um terço vive em instituições de acolhimento há mais de três anos, sem a presença de irmãos nas mesmas condições. Cerca de 3% desses adolescentes possuem diagnóstico de deficiência intelectual, enquanto 4% enfrentam problemas de saúde. Por outro lado, as crianças na primeira infância, entre 0 e 6 anos, somam 9.160 acolhimentos. Aproximadamente 2.400 bebês com até 3 anos de idade esperam até seis meses para retornarem à família biológica ou para serem adotados. Esse período de espera é similar para a maioria das crianças de 3 a 6 anos em instituições de acolhimento (CNJ, 2020).

Os estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul lideram no número total de crianças e adolescentes acolhidos. Em contrapartida, os menores registros de acolhimento estão nos estados do Acre, Roraima e Tocantins (CNJ, 2020). No estado de Pernambuco constam 899 crianças em acolhimento, a maioria de 12 a 14 anos (14,2%), do sexo masculino (52,7%), cor parda (52,8%), na modalidade institucional (95,3%) ou família acolhedora (4,7%) (SNA, 2024).

Uma vez no abrigo, os cuidados que eram ofertados pela família agora passam a ser designados à instituição, onde o cuidador social é a figura de referência que, ao cuidar, promove o desenvolvimento físico, psíquico e social da criança acolhida. A Resolução de nº 9, de 15 de abril de 2014, do Conselho Nacional de Assistência Social (Brasil, 2014), ratifica e reconhece as ocupações destes profissionais, regulamentando suas atribuições. As orientações técnicas que regem os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes no Brasil definem para este profissional, entre outras funções: “cuidados básicos com alimentação, higiene e proteção; organização do ambiente; auxílio à criança e ao adolescente para lidar com sua história de vida, fortalecimento da autoestima e construção da identidade [...]” (Brasil, 2009, p.71).

Embora o cuidador tenha um papel central ao desempenhar atribuições semelhantes aos cuidados parentais, é comum que estes profissionais organizem seu trabalho de acordo com suas experiências e conhecimentos prévios, adaptando-se às necessidades de cada criança. Ao pessoalizar o cuidado, o profissional pode trazer sua bagagem cultural e educacional para realizar suas práticas, reproduzindo-as no ambiente institucional. É possível encontrar nesta população tensionamentos no desempenho do trabalho, como o confundimento dos papéis, frustração e inferioridade ao lidar com a prestação de cuidados básicos diários, como dar banho e trocar fraldas (Gabatz; Schwartz; Milbrath, 2019).

Para além do aspecto prático, os profissionais também manifestam dificuldades ao enfrentar o intenso envolvimento emocional frente aos problemas socioemocionais que acompanham os acolhidos. Os fatores associados à institucionalização de crianças frequentemente estão relacionados a exposição familiar a problemas mentais, uso abusivo de substâncias, negligência, maus tratos e violência física ou sexual, onde a criança já chega em

processo de agravos à saúde, o que pode requerer destes profissionais capacitação e uma maior sensibilidade no cuidado (Brugiolo *et al.*, 2023; Gabatz, Schwartz, Milbrath, 2019).

O afastamento familiar traz variadas repercussões para a saúde da criança, e embora o acolhimento busque minimizar estes danos, de forma geral, não é capaz de atender integralmente a todas as necessidades da infância. Crianças acolhidas frequentemente apresentam, sobretudo as de longa permanência nos abrigos, dificuldades no crescimento físico, saúde mental e desenvolvimento socioemocional que se estendem para a vida adulta. A insensibilidade do cuidador pode ser um preditor significativo na intensificação desses danos, por isso, para que sejam efetivos e reparadores, é necessário que os cuidados institucionais sejam muito bem fundamentados e conduzidos (Zeanah; Humphreys, 2020).

O Marco Legal da primeira Infância dispõe que o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente e demais órgãos, deverão conferir máxima prioridade ao atendimento destas crianças com suspeita ou confirmação de violência, e aos profissionais que lhes assistem, o acesso prioritário à qualificação (Brasil, 2016). Diferentemente dos demais componentes da equipe, setor técnico e coordenador, que requerem formação superior e experiência para desempenho da função, para o cuidador é necessário como formação mínima o nível médio e capacitação específica, sendo desejável experiência em atendimento às crianças e adolescentes (Brasil, 2009a).

A formação continuada dos cuidadores também está prevista, e inclui reuniões de equipe periódicas para a discussão de casos; formação continuada sobre temas recorrentes do cotidiano; estudos de caso; supervisão institucional com profissional externo; encontros diários de 15 a vinte minutos entre os profissionais dos diferentes turnos para troca de informações; grupo de escuta mútua; espaço de escuta individual; avaliação, orientação e apoio periódicos pela equipe técnica (Brasil, 2009a).

No entanto, há uma disparidade entre o documento e a realidade vivenciada. Estes profissionais alegam sentir falta de capacitação para aprimoramento do trabalho, sendo as já realizadas, pouco frequentes e distantes da realidade prática, embora vistas como indispensáveis para o exercício da profissão. A formação continuada é uma etapa importante para o êxito do trabalho nas instituições, uma vez que na ausência destes momentos, os profissionais tendem a buscar suporte em conversas informais, em posicionamentos religiosos e depositar suas próprias experiências nos cuidados (Cadorna, 2020; Halpern; Leite; Moraes, 2015).

Intervenções educativas em saúde podem contribuir para formação continuada dos cuidadores, quanto à promoção de cuidados mais sensíveis e responsivos, minimização de resistências comportamentais, maior conhecimento sobre cuidados infantis, melhorias na

relação cuidador-criança, no nível de estresse dos cuidadores e seus problemas de saúde mental, melhora de hábitos de higiene e diminuição da incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais entre as crianças (Rissman *et al.*, 2020; Gerber *et al.*, 2022; Hecker *et al.*, 2022).

A educação em saúde pode ser definida como “[...] conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades” (Brasil, 2006). O enfermeiro é um profissional capaz de contribuir com a formação continuada dos cuidadores por meio da educação em saúde, por sua formação holística, pode desenvolver práticas de cuidado pautadas em bases teóricas e científicas, voltadas a saúde de comunidades e populações vulneráveis (Maffaccioli e Oliveira, 2018).

As ações de vigilância à saúde da criança exercidas por enfermeiros contribuem para reduzir vulnerabilidades, favorecer a capacidade de respostas de saúde e melhorar os indicadores de saúde infantil, ao aproximar as relações entre saúde e direitos da criança. As necessidades desse público precisam ser enxergadas como trabalho articulado, fundamentado e contínuo para a transformação do cuidado com base na integralidade em saúde (Yakuwa, 2018).

As orientações técnicas para os serviços de acolhimento para crianças e adolescentes no Brasil não preveem a inserção do enfermeiro na equipe técnica das instituições, deixando sua atuação a cargo do Programa Saúde da Família e demais instituições de saúde (Brasil, 2009). O enfermeiro pode fortalecer a rede de cuidados institucionais com implementação de intervenções assistenciais e gerenciais, mas sobretudo com a educação em saúde para apoiar o trabalho de cuidadores, construir conhecimento de forma dialógica a fim de estimular as práticas de saúde necessárias (Caldas *et al.*, 2019).

Na educação em saúde aplicadas por enfermeiros, as Tecnologias Educacionais (TE) como folders, cartazes, cartilhas, manuais, são ferramentas que podem facilitar estes processos. As TE constituem-se de dispositivos construídos e avaliados, capazes de mediar processos de ensino-aprendizagem inclusivos e dialógicos ao serem utilizados com profissionais ou comunidade. Ao aliar o cuidar e educar em saúde, as TE proporcionam as pessoas a possibilidade de uma perspectiva crítica quanto ao fortalecimento do saber, através de uma aprendizagem mais próxima e significativa (Teixeira *et al.*, 2018).

Estes materiais/ferramentas, utilizados para mediar as ações educativas, podem ser considerados TE à medida que são submetidos a um processo sistematizado de construção e avaliação. Este processo tem a finalidade de aprimorar a elaboração final do produto, assegurando sua confiabilidade e manuseio do público-alvo (Cavalcante, 2018). Tecnologias desenvolvidas pela enfermagem visam ter pertinência científica e social, tanto para educação

em saúde como para comunidade, pois além de gerar novos conhecimentos, as TEs devem atender as demandas reivindicadas pela comunidade, pautadas na necessidade dos atores sociais a quem se destinam (Teixeira, 2018).

Independente da modalidade, há uma tendência de valorizar processos de avaliação que envolvam o público-alvo, dando voz a comunidade a saber quais informações lhe são de interesse, bem como o formato acessível da Tecnologia Educacional a ser explorada (Teixeira, 2010). Emergentes, as TEs são utilizadas no contexto da saúde da criança e em sua rede de cuidado, sendo capazes de promover o empoderamento, aprimorar práticas, educar populações e auxiliar os familiares/cuidadores no processo de cuidado (Oliveira *et al.*, 2020; Fernandes *et al.*, 2017). O manuseio de uma TE pode contribuir com o conhecimento dos cuidadores, ao disponibilizar as orientações científicas necessárias de forma acessível e confiável, a fim de facilitar o desempenho de seu trabalho de forma mais direcionada, segura e embasada na prática de cuidar dos acolhidos.

Além de subsidiar a prática cotidiana, os profissionais também poderão dar seguimento à educação em saúde com orientações de autocuidado, tanto à criança como a seus familiares, em caso de adoção ou reinserção familiar. Por sua vez, um cuidado bem fundamentado poderá contribuir, não só com o trabalho dos profissionais, mas de quem recebe o cuidado. Os acolhidos serão os maiores beneficiados, uma vez que a TE oportunizará a oferta de um cuidado mais qualificado, e conseqüentemente, possibilitará minimizar agravos e melhorar os indicadores de saúde destas crianças.

Este estudo possibilita ir além do diagnóstico situacional das necessidades cuidadores, já realizado em outras pesquisas mencionadas, pois se propõe a disponibilizar uma ferramenta como contribuição para as unidades. A disponibilização de uma cartilha compreensível, que pode ser acessada periodicamente, pode contribuir para compartilhar conhecimentos necessários para o aprimoramento do cuidado a criança e trazer ganhos para qualidade de vida dos acolhidos (Brugiolo *et al.*, 2023; Gabatz, Schwartz, Milbrath, 2019).

O produto desenvolvido também poderá ser utilizado para além do acolhimento, ao considerar que o cuidado à criança não se dá apenas em ambiente institucional, mas também na comunidade, cuidadores e familiares, e na implementação de ações de enfermagem e de outros profissionais, na atenção primária a saúde, prática clínica, creches e escolas a fim de promover a saúde da criança.

A realização de intervenções de educação em saúde voltadas para cuidadores de acolhimento institucional infantil está conectada aos objetivos “Saúde e Bem-estar” e “Educação de Qualidade” dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Agenda

2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), uma vez que se propõe a melhorar a qualidade do cuidado oferecido às crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade.

Por se tratar de uma pesquisa voltada ao desenvolvimento e à avaliação de uma tecnologia educacional voltada para saúde da criança, este estudo está alinhado à Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (2018), no que se refere aos eixos "Desenvolvimento de Tecnologias e Inovação em Saúde" e "Gestão do Trabalho e Educação em Saúde". Tal agenda tem o objetivo de aliar as principais necessidades da saúde da população às atividades de pesquisa científica para promover estudos que contribuam com os programas de saúde pública do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2018).

Dessa maneira, o estudo buscou responder a seguinte pergunta de pesquisa: Qual a avaliação do conteúdo, aparência e análise semântica de uma cartilha educativa desenvolvida para cuidadores sobre o cuidado com a criança em acolhimento institucional?

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar uma cartilha educativa desenvolvida para cuidadores sobre o cuidado com crianças em acolhimento institucional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Averiguar as principais necessidades dos cuidadores na prestação de cuidados à criança;
- Identificar o formato da tecnologia educacional para abordagem do cuidado às crianças na perspectiva dos cuidadores;
- Desenvolver uma cartilha educativa sobre o cuidado à criança acolhida;
- Realizar a avaliação de conteúdo e de aparência da cartilha educativa;
- Realizar análise semântica da cartilha educativa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

1. O contexto histórico dos cuidados institucionais infantis no mundo e no Brasil.

Entre os séculos XIV e XVIII, havia alta taxa de mortalidade neonatal, a expectativa de vida das crianças europeias era em média de 14 anos, isto se deve obviamente as baixas condições socioeconômicas e sanitárias da época, mas também ao predomínio do sentimento social de desvalorização da criança, que eram consideradas quase como animais domésticos, sendo exploradas como força de trabalho até enquanto sobrevivessem (Del Priore, 2010).

Órfãos ou crianças de famílias mais pobres serviam como mão-de-obra barata, eram recrutadas para servir como ajudantes de marinheiros nas embarcações lusitanas e como trabalhadores rurais camponeses. Nas embarcações, eram os primeiros a serem deixados para trás diante de um possível naufrágio, sendo também exploradas sexualmente e fisicamente durante a viagem (Del Priore, 2010).

Na Europa, das inúmeras atrocidades fruto da desvalorização da criança, a mais cruel era, em qualquer época, a situação das crianças indesejáveis, os “enjeitados”, que agravou-se com a urbanização, aumento populacional, diminuição do controle moral e social. Tais crianças eram abandonadas nas calçadas, becos, portas das casas, deixadas em matagais, nas igrejas ou ficavam às ruas, morrendo de fome, frio ou devoradas por animais (Mesgravis, 1975).

No Brasil, no período colonial, era reproduzido o mesmo padrão de orfandade da metrópole. Nos séculos XVIII e XIX houve um aumento exponencial do abandono-de crianças em algumas cidades. Muitas famílias deixavam os filhos, seja por razões morais, como adultério, gravidez não planejada, malformações, doenças ou pela dificuldade socioeconômica de criá-los. Na esperança de que alguém os adotassem, os deixavam acompanhados de bilhetes em locais de fácil acesso (Torres, 2006; Rezende e Silva, 2023).

O aumento da urbanização e a intenção de conter a mortalidade e criminalidade, atrelada à marginalização das crianças, levou governos, instituições e moradores das cidades a se mobilizarem para resolução destes problemas. O abandono dos menores era um fator que incomodava a Igreja Católica, e o cristianismo constituiu-se como importante ferramenta para a provocação de uma consciência social de responsabilidade voltada para com os vulneráveis, sobretudo, expostos ou enjeitados (Arantes, 2011).

Além do princípio da caridade que norteia a crença cristã, acreditava-se que os menores não batizados morreriam sem salvação. Assim, a instituição recolhia das ruas grande quantidade de crianças abrigando-as em casas de caridade, colégios, mosteiros e Santas Casas da

Misericórdia, de onde muitos eram provenientes das Rodas dos Expostos (Torres, 2023), que se caracterizavam como:

A "roda" era um aparelho mecânico formado por um cilindro, fechado por um dos lados, que girava em torno de um eixo, e ficava incrustado nos muros dos conventos, por onde frades ou freiras recebiam cartas, alimentos ou remédios, e onde há muito, era costume colocarem-se crianças enjeitadas. Foi devido a relativa proteção que proporciona à criança contra os perigos já mencionados e a preservação do anonimato, obviamente desejado por quem as abandonava, que as "rodas" foram adotadas nas cidades (Mesgravis, 1975, p.403).

Figura 1 – Réplica Roda dos Expostos. Recife-PE, 2024.



Fonte: Museu Santa Casa da Misericórdia, São Paulo.

A roda dos expostos, desempenhou bem o seu papel de assistência para época, todavia, o que era pra ser um mecanismo de proteção, passou a favorecer uma maior mortalidade das crianças. O destino dos infantes colocados nas rodas era variado, poderiam ser levados para adoção, para amas de leite até crescerem ou poderiam ser criados pela igreja. Normalmente estas crianças adoeciam e morriam logo após o abandono, devido às condições insalubres (Torres, 2023).

Bem como em Portugal, as primeiras Rodas de Expostos também surgiram no Brasil atreladas a Igreja com a mesma finalidade, em Salvador (1726), Rio de Janeiro (1738), e Recife (1789), todas em Santas Casas da misericórdia, sendo as demais criadas no século XIX. Com a Lei dos Municípios, de 1828, as despesas dos expostos ficaram a cargo da Assembléia Legislativa Provincial, fazendo com que as Rodas passassem a ser uma atribuição estatal, não apenas de caridade. Ao contrário do que se esperava, as Rodas duraram, mas não se expandiram,

se restringiam as cidades mais importantes, sendo extintas em 1950 (Marcílio, 2001; Arantes, 2011).

Ainda no século XIX, com a ascensão do modelo médico-higienista houve maior incentivo ao cuidado à criança e maior alcance das orientações para as famílias quanto aos cuidados de saúde na infância. Este modelo também instigou a associação entre o processo de assistência, filantropia e interesses políticos sociais, contribuindo para que no século XX, os problemas da infância fossem entendidos como diretamente associados à questão social (Rezende e Silva, 2023).

Aliado a um pano de fundo de necessidade de “limpeza social” e contenção da desordem, a infância passou a ser colocada sob controle do Estado e ressignificada como o “Futuro da Nação”. No início do século XX, as crianças foram afastadas do trabalho, surgiram inúmeras instituições disciplinares com ações direcionadas para o âmbito alimentar, sanitário e assistencial, sobretudo para os mais desvalidos, para o enfrentamento às altas taxas de mortalidade. O Estado passa a assumir de fato o papel regulamentador dos serviços oferecidos pelas entidades assistenciais e filantrópicas (Rezende; Silva, 2023).

A criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (IPAI-RJ), foi pioneira dentre outros institutos de assistência à criança e, em 1920, no I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, houve as primeiras regulamentações para o fomento das creches e escolas no país. Com alcance no país inteiro, a proteção à infância instigou desde a criação de associações até a organização de instituições educacionais para a criança ainda pequena (Rezende e Silva, 2023).

Os debates sobre a adequada assistência à infância cresceram no Brasil escorados na meta da construção da nação que norteava o novo período republicano, configurou-se um momento de forte predomínio do Estado na implementação das políticas de atendimento à criança (Brasil, 1927).

Em 1927, após inúmeras alterações de projetos anteriores, foi elaborado o 1º Código de Menores, o Decreto nº 17.943-A, de 12 de Outubro, criado por Mello Mattos, que aprovou a consolidação da assistência e proteção a menores. O decreto estabeleceu uma série de determinações sobre o que seria o “menor abandonado”, critérios e regulamentos sobre aqueles menores de 18 anos de idade, infantes expostos às ruas, abandonados, incapacidade da família de prover a sua prole, remoção de tutela, trabalho, vigilância, crimes e contravenções, bem como atribuições e penalidades para os menores chamados, pejorativamente, de “delinquentes” e “vadios” (Brasil, 1927).

O código deu origem ao Juízo de Menores, ou Juizado, que se estruturou como um modelo perpetuante ao longo da história da assistência infantil, até meados da década de 1980, como um órgão regulamentador do atendimento estatal ao menor. O Juizado tinha como função de destaque a internação de menores abandonados e delinquentes, que eram recolhidos ou levados pela família, tornando-se alternativa de escolha para cuidados e educação, sobretudo para famílias pobres (Rizzini; Rizzini, 2004).

Neste período fortaleceu-se o estigma frente à situação de pobreza, vulnerabilidade ou risco, onde a falta de recursos era determinante para institucionalização, remetendo-se que a família era incapaz de criar a criança, sendo a alternativa viável o recolhimento e afastamento do convívio familiar. Partindo do consenso de que a institucionalização era sinônimo de proteção, confinavam-se as crianças em grandes instituições abarrotadas (Brasil, 2009).

Posteriormente, foram criados sistemas como o Serviço de Assistência a Menores (SAM) que, fadado pela corrupção, deu lugar à Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM). Embora tivessem propostas diferentes, se constituíram como dois grandes sistemas de institucionalização infantil, onde havia a separação em duas categorias: os “infratores”, o qual haviam cometido algum delito, sendo trazidos pelo poder policial, e os “abandonados”, aqueles deixados ou recolhidos, pela impossibilidade de serem criados pelos pais (Rizzini; Rizzini, 2004).

Até meados de 1980, ao passo que crescia a desigualdade social, também se expandiram os “internatos de menores”, ou seja, qualquer instituição de acolhimento, provisório ou permanente, voltadas ao atendimento de órfãos, carentes e infratores, mantendo a concepção de confinamento institucional que perpassa aquela época, até as décadas posteriores (Rizzini E Rizzini, 2004).

Um longo percurso precisou ser trilhado para que as atuais políticas públicas voltadas à criança pudessem se tornar vigentes. Antes da Constituição Federal de 1988, predominava no Brasil um modelo protecionista da infância, onde os menores eram objeto de proteção rígida do Estado. Com a constituição, passou a vigorar um modelo de garantia de direitos das crianças e adolescentes, garantido, sobretudo, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que rompeu com esta cultura e conferiu dignidade à criança como cidadã (Lucio, 2014).

1.1 O Acolhimento infantil após o Estatuto da Criança e do Adolescente:

A promulgação do ECA, Lei federal n. 8.069/1990, há três décadas atrás, trouxe avanços importantíssimos e contribuições significativas para a situação da criança acolhida no Brasil,

constitui-se como marco legal e regulatório dos direitos humanos de todas as crianças e adolescentes do país e estabelece no artigo 4º:

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” (Brasil, 1990)

Fruto da mobilização e participação popular pró-cidadania da criança, pós-ditadura militar, o ECA amplia muitos avanços na garantia de direitos infantis. A Lei designa a responsabilidade pela garantia dos direitos da criança às três esferas: família, sociedade e Estado. É direito da criança permanecer junto à convivência familiar e comunitária, no entanto, quando esgotam-se todas as possibilidades de mantê-la, devido à violação de seus direitos, o acolhimento foi uma medida protetiva estabelecida pelo estatuto.

Conforme o artigo 101 do ECA, parágrafo 1º: “o acolhimento institucional e o acolhimento familiar são medidas provisórias e excepcionais, utilizáveis como forma de transição para reintegração familiar (...) não implicando privação de liberdade” (Brasil, 2009). As instituições de acolhimento vigentes são regidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e cabe aos Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente o acompanhamento de todo o processo, a fim de que seja garantido o direito de retornar a família ou ser colocado em uma família substituta (Belo, 2015).

O acolhimento institucional consiste em um dos serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), para promover acolhimento a crianças e adolescentes cujas as possibilidades de mantê-los junto à família se esgotaram, a fim de garantir sua proteção integral. Quanto à sua regulamentação, o ECA, o artigo 90, exige ações de fiscalização, controle social e registro das entidades que oferecem programas de acolhimento no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDICA) e no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS) (Brasil, 2009b).

As recomendações e critérios para organização dos serviços de acolhimento — visando adequação ao ECA e à Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e ao Projeto de Diretrizes das Nações Unidas sobre Emprego e Condições Adequadas de Cuidados Alternativos com Crianças — estão dispostos no manual de Orientações técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes (Brasil, 2009b).

1.2 Modalidades dos serviços de acolhimento infantis vigentes no Brasil

Conforme estipulado nas Orientações Técnicas (Brasil, 2009a), existem duas formas de Serviços de Acolhimento Institucional (SAI) voltados para crianças e adolescentes com idades entre 0 e 17 anos. A primeira é a modalidade de abrigo institucional, que opera com uma equipe de funcionários e pode acolher até vinte crianças e adolescentes.

O documento define que o local deve assemelhar-se a uma residência, tanto no aspecto físico, sem placas indicativas e arquitetura semelhante às demais casas, bem como no sentido de proporcionar um ambiente acolhedor à criança. Deve estar inserido na comunidade, próximo a moradia anterior do acolhido, para favorecer o convívio familiar e comunitário das crianças e adolescentes atendidos, e a utilização dos dispositivos sociais disponíveis.

Quanto aos recursos humanos e rotinas de trabalho nestes espaços, é recomendado que cuidadores trabalhem preferencialmente, em turnos fixos diários, prestando sempre os mesmos cuidados na rotina da criança, como oferecer café e levar à escola, desencorajando o esquema de plantões, a fim de favorecer o fortalecimento de vínculos entre profissionais e acolhidos (Brasil, 2009a).

A segunda é a modalidade de Casa-Lar, que consiste em unidades residenciais, onde uma pessoa ou casal trabalha como educador/cuidador residente, prestando cuidados a no máximo 10 acolhidos que foram afastados do convívio familiar por meio de medida protetiva de abrigo (Brasil, 2009a).

A modalidade de SAIs mais frequente no Brasil tem sido o abrigo institucional, com 2.066 serviços (71,8%). As Casas-lares têm obtido maior incentivo para crescimento, como alternativa mais viável para o cuidado institucional, respondendo por 763 serviços (26,5%). A diferença entre estas unidades não está na quantidade de acolhidos, mas na propiciação da construção de vínculos. A estrutura e funcionamento da Casa-Lar aproxima-se mais à de uma unidade familiar, uma vez que conta com uma “mãe-social”, que exerce o papel de cuidador fixo residente, responsável pelos cuidados e pela organização da rotina da casa (Brasil, 2021).

A modalidade Família Acolhedora, ainda pouco difundida, tem crescido no Brasil e América Latina. Apresenta experiências exitosas, sobretudo em países Europeus e da América do Norte. Tal serviço propicia o atendimento temporário da criança em ambiente familiar, com atenção individualizada. Não se encaixa no conceito de abrigo e nem no de colocação em família substituta adotiva, mas é indicado a crianças que têm maior chance de retornarem a famílias de origem (Brasil, 2009a).

Por último, a República é um tipo de serviço de acolhimento que proporciona apoio e moradia subsidiada a grupos de jovens que se encontram em situações de vulnerabilidade e risco social. Isso se aplica a jovens com laços familiares rompidos ou enfraquecidos, bem como àqueles oriundos de instituições de acolhimento, que não podem retornar à família de origem ou substituta e não têm recursos para sustento próprio (Brasil, 2009a).

A partir da análise da situação familiar, do perfil e condição de cada criança ou adolescente e do motivo do acolhimento, será indicado qual serviço melhor atenderá às suas demandas. Sempre que for viável, a criança ou adolescente passará por uma consulta prévia com uma equipe interprofissional, levando em consideração seu estágio de desenvolvimento e seu nível de compreensão sobre as implicações da medida, com sua opinião sendo devidamente levada em consideração. No caso de crianças maiores de 12 anos de idade é necessário o consentimento em audiência, conforme normatiza o ECA (Brasil, 2009b).

Uma vez acolhido em quaisquer destas modalidades, a criança ou adolescente deverá ter a sua situação reavaliada a cada seis meses, não podendo ultrapassar o período de permanência de 02 anos em programas de acolhimento, devendo o judiciário decidir pela possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta. Caso haja grupos de irmãos na mesma situação, são colocados sob adoção, tutela ou guarda da mesma família substituta (Brasil, 2009).

2. Condições de saúde da criança em acolhimento institucional

O crescimento e o desenvolvimento infantil dependem do meio e dos estímulos ofertados à criança em fases oportunas. Segundo a Organização Mundial da Saúde e UNICEF, para que a criança alcance o pleno desenvolvimento é necessário ofertar cuidados em um ambiente estável, por meio de interações responsivas com pais e outros cuidadores, que proporcionem boa saúde e nutrição adequada à criança, protegendo-a de ameaças e oferecendo oportunidades de aprendizagem precoce (WHO, 2018).

No entanto, esta não é a realidade de em média 5,37 milhões de crianças que vivem em instituições de acolhimento mundialmente, sendo o sul da Ásia a região que possui o maior número estimado de crianças institucionalizadas. Crianças que residem nesses ambientes costumam receber cuidados de menor qualidade, ficam vulneráveis à exploração, estão sujeitas a abusos físicos e emocionais, além de muitas vezes terem suas necessidades de saúde negligenciadas. (Desmond, 2020).

A negligência, violência sexual ou física oriundas, normalmente, de relações familiares instáveis e ambientes desfavoráveis estão entre as razões que levam a criança ao acolhimento.

A permanência por longos períodos na condição de distanciamento familiar e terceirização dos cuidados, possibilita o comprometimento da saúde integral da criança acolhida. O afastamento familiar e o acolhimento precoce podem estar relacionados a repercussões físicas e psíquicas na criança, como insegurança emocional, maior propensão à doenças agudas e crônicas, longas internações hospitalares, dificuldades interpessoais na vida adulta e outros danos (Cavalcante; Magalhães; Pontes, 2009).

O cuidado institucional frequentemente atende às necessidades básicas fisiológicas da criança, no entanto, é caracterizado pela privação social e afetiva necessária ao desenvolvimento físico e socioemocional na infância. O afastamento familiar afeta o desenvolvimento infantil de várias maneiras. Ambientes de instituições de acolhimento que não se mostram favoráveis ao desenvolvimento na infância, possibilitam que estes apresentem menores escores em habilidades motoras quando comparados com crianças em domicílio, por exemplo (Silva *et al.*, 2019).

Crianças institucionalizadas também manifestam alterações significativas relacionadas à saúde mental e habilidades socioemocionais. Baseado nos relatos de cuidadores no Sri Lanka, 14% das crianças, sobretudo meninos, apresentavam um nível significativo de problemas emocionais e comportamentais, como dificuldades em seguir regras, atitudes agressivas e opostas, e apenas 4,8% tinham sido atendidas por algum profissional de saúde mental pelo menos uma vez (Ginige; Baminiwatta; Jayawardana, 2020).

As crianças em acolhimento correm maior risco de adoecimento mental em comparação com as crianças que crescem com a família, e de apresentar problemas externalizantes e internalizantes, como retração social e depressão. Estima-se que tais limitações advêm de relações inseguras com adultos de sua rede social, que levam a fragilização da confiança social e exibição de desconfiança quanto as pessoas e projeções de futuro (Andreopoulou *et al.*, 2020; Pawliczuk *et al.*, 2018).

Além de aspectos psicossociais, observam-se alterações no que tange aos aspectos biológicos da saúde da criança. Os acidentes representam a principal causa de mortalidade entre crianças e adultos jovens em diversos países. Entre os mais frequentes estão as quedas, queimaduras e cortes, os quais podem resultar em incapacidades físicas temporárias, sequelas graves e permanentes ou levar ao óbito (Barcelos, 2017). Muitas das ocasiões que resultam nestes acidentes podem estar relacionados ao ambiente desfavorável no qual a criança está inserida, colocando a criança acolhida nesta posição de risco.

Acidentes em instituições de acolhimento infantil são propícios, especialmente ao considerar que geralmente as instituições vivem em condições de lotação acima do ideal e

número insuficiente de cuidadores por criança (McCall, 2013; Pereira; Pereira e Jonhson, 2011). Tal contexto se torna ainda mais preocupante uma vez que profissionais que trabalham em ambientes de cuidado a criança se sentem despreparados para lidar com acidentes e prestar os primeiros socorros (Amadigi *et al.*, 2022)

Frequentemente, acolhidos já apresentam comprometimento de saúde no momento de entrada na instituição como infecções, verminoses, viroses, anemias, escabiose, pediculose, desnutrição, dermatites, hematomas, feridas e queimaduras. Todavia, deve-se destacar que os problemas de saúde encontrados normalmente estão relacionados à baixa qualidade do cuidado oferecido e condições de vida pré-abrigo, como alimentação inadequada, más condições de higiene e descumprimento dos programas de imunização (Cavalcante; Magalhães; Pontes, 2009).

Na Suíça, em crianças acolhidas submetidas a avaliações de saúde, foram identificados padrões de crescimento atípicos, comprometimento da higiene oral, puberdade precoce, obesidade, sintomas neurológicos e neuropsiquiátricos, epilepsia, otite crônica e sinais de deficiência auditiva ou visual (Kling; Ljung; Hjern, 2016).

A helmintíase intestinal é uma das doenças mais comuns e negligenciadas na infância que afeta todas as faixas etárias, tem como fator de risco um ambiente com baixas condições de saneamento básico e higiene, podendo ser prevalente em crianças institucionalizadas. *Ascaris lumbricoides* foi observado em quatro em cada cinco acolhidos (80%) em instituições da Nigéria, enquanto a infestação mista de *A. lumbricoides* e *Trichuris trichiura* foi observada em um em cada cinco (20%) acolhidos (Njoku, 2022).

Embora admita-se que os processos de saúde-doença presentes nas crianças acolhidas não sejam necessariamente causados pela institucionalização, deve-se reconhecer que alguns fatores de risco inerentes ao acolhimento podem estar associados a complicações de saúde. Há possibilidade de haver influência do contexto do acolhimento institucional na modulação celular relacionada ao sistema imunológico, sugerindo um possível aumento do risco de alergias, infecções e doenças autoimunes em crianças acolhidas, em comparação com as da mesma faixa etária que vivem em ambiente familiar (Naumova *et al.*, 2020).

As instituições também recebem com frequência Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), que são caracterizadas por serem aquelas que têm risco aumentado de uma condição física, de desenvolvimento, comportamental ou emocional crônica e que necessitam de serviços de saúde e atendimento multiprofissional além do exigido pelas crianças em geral (McPherson *et al.*, 1998).

O cuidado a estas crianças geralmente demanda assistência minuciosa e requer o manuseio de tecnologias para manutenção da vida. E, apesar dos avanços conquistados com o SUS quanto ao acesso às ações e serviços de saúde, pode-se afirmar que o modelo de atenção à saúde de CRIANES, predominante no Brasil, ainda é fragmentado, mecanicista, centrado no hospital e medicalocêntrico, sendo necessário estender estes saberes e domínios a quem cuida destes (Barreiros; Gomes e Junior, 2020).

Tais crianças dependem integralmente de cuidadores para realização de atividades de vida diária, e aspectos básicos de saúde podem ser ainda mais prejudicados, como higiene geral e oral. Pode ser difícil para o cuidador realizar a higiene oral em pacientes com comprometimentos intelectuais e motores, causados por limitações de motricidade, disfunções mandibulares, tensões musculares anormais e excesso de salivação, por exemplo (Santos, 2005). A maior parte dos cuidados com higiene oral de acolhidos são realizados sem nenhuma orientação, capacitação ou suporte de um profissional especializado, o que compromete a saúde bucal destas crianças e pode levar a outros agravos de saúde (Delacey, 2020).

Uma revisão de escopo que investigou higiene e condições ambientais em instituições infantis demonstrou que, internacionalmente, as instituições sofrem com problemas estruturais como ausência de água, sabão, saneamento básico, e mal treinamento das crianças quanto ao uso do banheiro. Também havia falta de itens pessoais como toalhas, roupas, copos e pratos, pentes e escovas, escovas de dente, ou compartilhamento e limpeza inadequados dos objetos (Moffa, 2019).

O próprio contexto institucional pode ser um fator de risco para doenças e agravos na infância, como a superlotação dos abrigos que contribui para uma maior prevalência de infecções e internamento entre crianças acolhidas. As instituições geralmente acolhem crianças além da sua capacidade estrutural, e possuem déficit de funcionários para atendê-las, o que possibilita o comprometimento do cuidado e atenção a fatores de risco à saúde infantil. Soma-se a isto a qualidade do vínculo cuidador-criança, o número de transições de cuidador e o despreparo para o trabalho que interferem em condições comportamentais, de apego, saúde e desenvolvimento da criança (Warner, 2018; Gabatz, Schwartz, Milbrath, 2019; Rocha, 2020;).

O estado alimentar na infância também é determinante para o bom desempenho do sistema imunológico adaptativo, que proporciona à criança a resistência à agentes externos causadores de viroses e infecções. No entanto, algumas crianças acolhidas apresentam dificuldades para se alimentar, o que afeta a capacidade de consumir comidas nutritivas diariamente. Em abrigos é possível observar práticas inadequadas quanto a alimentação que colocam em risco a saúde nutricional infantil como refeições que não incluem todos os cinco

grupos de alimentos, pouco incentivo a lavagem das mãos, falta de autonomia da criança no momento da refeição, mal posicionamento, ingestão inadequada de líquidos e uso indiscriminado de mamadeira (The St. Petersburg-usa Orphanage Research Team, 2008; Delacey, 2020; Delacey *et al.*, 2021;)

Em um comparativo de crianças antes e após de 1,2 anos de acolhimento, observou-se que de 100% que entraram eutróficas, 25% estavam abaixo do peso para a faixa etária após este período, e quanto a relação peso/estatura, apenas 55% estavam eutróficas e houve déficit do estado nutricional em todas as variáveis (Corvelho e Etges, 2019). As práticas alimentares são um fator determinante no estado nutricional na infância e são influenciadas pela interação da criança com o adulto que media a refeição, pela situação socioeconômica, ambiente, habilidade, faixa etária, crenças e hábitos culturais (Delacey *et al.*, 2021).

A longo prazo a criação institucional tem consequências duradouras para o desenvolvimento da memória e da função executiva, que possivelmente se estendem até a adolescência. Na vida adulta as repercussões estão relacionadas ao isolamento social, depressão, dificuldades de posicionamento no mercado de trabalho, nos relacionamentos interpessoais e corporativos. Além disso, estes efeitos são diretamente proporcionais ao tempo de privação, quanto mais precoce e prolongada é a colocação em acolhimento, piores são os resultados (Wade *et al.*, 2019)

No Brasil, a intersetorialidade entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) já ocorre, a fim de garantir o direito universal à assistência à saúde de forma humanizada e de qualidade aos acolhidos. As ações de promoção da saúde, ações educativas e de prevenção de agravos devem ser articuladas com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), sobretudo com a atenção primária para atender as diferentes necessidades das crianças e adolescentes (Tavares, 2018).

O Ministério da Saúde do Brasil preconiza uma série de políticas, diretrizes e programas voltados à saúde da criança, como a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que visa promover e proteger a saúde infantil. Esta política abrange cuidados desde a gestação até os nove anos de idade, com ênfase na primeira infância e em populações mais vulneráveis, distribuídos em sete eixos que orientam ações e serviços de saúde da criança no território nacional (Brasil, 2018).

O NutriSUS também destaca-se como política pública voltada para a saúde da criança, e caracteriza-se como uma iniciativa para enriquecer a alimentação infantil por meio de micronutrientes. A estratégia consiste em adicionar uma combinação de vitaminas e minerais em pó a uma das refeições diárias das crianças. Essa suplementação pode ser implementada em

qualquer local onde as crianças realizem suas refeições, como em casa, em creches, escolas ou outros ambientes adequados para essa prática. Tais políticas visam reduzir a morbimortalidade precoce na infância e proporcionar uma assistência em saúde favorável ao desenvolvimento infantil (Brasil, 2015).

3. O trabalho do cuidador, a enfermagem e a educação em saúde para a promoção do cuidado à criança acolhida

A equipe profissional mínima necessária para o funcionamento dos serviços de acolhimento dispõe de coordenador, equipe técnica, que devem ter formação de nível superior, educador, cuidador e auxiliar de educador/cuidador, com nível médio de escolaridade e, idealmente, experiência no atendimento de crianças (Brasil, 2009a).

As Orientações Técnicas (2009a) preconizam a distribuição de um cuidador para até 10 acolhidos, por turno fixo diário e, se necessário, aumentar a quantidade a depender de demandas específicas. As atribuições da função de educador e cuidador são diferenciadas. Para estes últimos são designadas as atividades de cuidados básicos de diferentes abordagens, a contemplar necessidades coletivas e individuais dos usuários; auxiliá-los na manutenção de sua rotina diária, como organização do local, preparo e oferta dos alimentos, higiene e lazer; recepcionar os usuários de forma acolhedora; acompanhá-los em atividades externas; participar das reuniões de equipe para o planejamento das atividades, avaliação de processos, fluxos de trabalho e resultado (Brasil, 2014).

Atividades de caráter subjetivo também estão sob responsabilidade dos cuidadores como:

“(…) desenvolver atividades para o acolhimento, proteção integral e promoção da autonomia e autoestima dos usuários; contribuir para o reconhecimento de direitos e o desenvolvimento integral familiar; potencializar a convivência familiar e comunitária; apoiar a promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivência familiar; identificar as necessidades e demandas dos usuários; estabelecer e, ou, potencializar vínculos entre os usuários, profissionais e familiares; contribuir para a melhoria da atenção prestada aos membros das famílias; apoiar na orientação, informação, encaminhamentos e acesso a serviços e apoiar no fortalecimento da proteção mútua entre os membros das famílias (Brasil, 2009a. p. 02)”

Devido a complexidade das tarefas desempenhadas, que requerem não apenas empatia ou “boa vontade” mas competência técnica para cuidar de aspectos físicos e subjetivos das crianças, é indispensável a oferta inicial e contínua de treinamentos de qualidade para esses profissionais (Brasil, 2009a).

Em muitos países de baixa e média renda, os ambientes de cuidados institucionais sofrem frequentemente com a ausência de diretrizes claras e adequadas de controle de

qualidade. Os cuidadores normalmente não possuem formação especializada nem recebem treinamento regular. Além disso, enfrentam altos níveis de estresse devido à sobrecarga de trabalho, condições no ambiente laboral e limitações estruturais (Hecker, 2022).

A saúde emocional também é impactada pelo processo de cuidar, há um desgaste mental para lidar com as demandas oriundas do acolhimento, que resultam em dificuldades com habilidades sociais educativas como conversar, demonstrar afeto, interpretar e gerenciar as emoções das crianças acolhidas. É de suma importância oferecer e valorizar o desenvolvimento do repertório emocional desses profissionais, especialmente no que se refere à expressão de atenção e afeto no contexto institucional. Isto contribui para uma interação mais eficaz e humanizada com a criança (Guerra; Del Prette, 2019).

Durante o vínculo com a criança há o risco do profissional compreender que deve assumir a função parental, ao realizar atribuições tradicionalmente ocupadas pela família, o que facilita a construção de vínculos com as crianças acolhidas. Todavia, também gera confusão de papéis que resulta em desgaste no gerenciamento desta dinâmica. Além disso, essa vinculação provoca sentimentos de ambivalência tanto nos cuidadores quanto nas crianças, e complica ainda mais o processo de acolhimento (Rocha; Hueb ; Comin, 2020)

O cuidado à saúde das crianças é influenciado pelas experiências pessoais dos cuidadores, e ajustado de acordo com a necessidade de cada criança. Além de atuarem na promoção da saúde a fim de evitar o adoecimento, são responsáveis pelo cuidado de crianças que já chegam doentes às unidades de acolhimento. Em caso de hospitalização, o cuidador assume também a responsabilidade pelo manejo de medicações, higiene, alimentação e acompanhamento ao serviço de saúde, o que torna o cuidado ainda mais complexo (Gabatz; Schwartz; Milbrath, 2020).

Determinadas unidades de acolhimento também atendem Crianças Com Necessidades Especiais De Saúde, que demandam uso de dispositivos e tecnologias de saúde, como traqueostomia e sondagem gástrica, que requerem cuidados de alta dependência para suas necessidades humanas básicas. Embora o empenho dos cuidadores possa resultar em um cuidado de boa qualidade, é necessário qualificação regular mediada por profissionais de saúde para atender a estas demandas mais específicas de cada criança (Nasu *et. al*, 2020).

A realização de intervenções de educação em saúde voltadas para o acolhimento institucional fortalecem os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU (2015). A capacitação dos cuidadores contribui para a promoção da saúde física e mental das crianças acolhidas, uma vez que pode reduzir a incidência de doenças causadas por práticas inadequadas de cuidado e incentivar as boas práticas de saúde.

A educação em saúde nestes espaços também tem o papel de evitar práticas inadequadas que conduzem a negligência, maus-tratos e institucionalização prolongada. Conforme o ODS 16 “Paz, Justiça e Instituições Eficazes” é necessário o fortalecimento das instituições, de forma a proteger as liberdades fundamentais e construir capacidades para prevenção da violência (ONU, 2015).

Muitas das práticas de cuidado atribuídas a estes profissionais fazem parte do saber científico do enfermeiro, que embora não esteja incluído na equipe técnica do acolhimento, pode auxiliar os cuidadores na promoção de melhores cuidados às crianças (Gabatz; Schwartz; Milbrath, 2019). A enfermagem tem ganhado espaço de atuação onde o cuidado é necessário, e abrange diferentes ambientes e populações em seus diversos contextos sociais, sendo o acolhimento um destes.

As intervenções do enfermeiro em um Serviço de Acolhimento vão além de consultas individuais aos acolhidos, mas estão atreladas ao desempenho de práticas gerenciais de cuidado, como a articulação com os serviços de saúde de referência, desenvolvimento de instrumentos para assistência, coordenação do cuidado de saúde e capacitação dos profissionais no cuidado direto e integral à criança e adolescente (Dias, 2014).

A integração entre educação em saúde e tecnologias tem se mostrado proveitosa para aprimorar processos de ensino-aprendizagem. Tecnologias como vídeos, aplicativos e materiais interativos contribuem para ações educativas que impactam o cuidado em saúde, tornando-o mais dinâmico e centrado na pessoa e comunidade. Para isto, é essencial atrelar conteúdo baseado em evidências, recursos tecnológicos e metodologias ativas para entregar promoção a saúde e práticas assistenciais mais qualificadas (Santos, 2020).

Nas práticas de educação em saúde o enfermeiro pode utilizar as tecnologias educacionais para intermediar os processos de ensino com cuidadores, que podem ser classificadas em leve, duras e leve-duras que influenciam práticas e relações no setor da saúde.

As tecnologias leves se referem a momentos de acolhimento, escuta qualificada e vínculo interpessoal entre profissionais e educandos. Muito úteis em contextos de educação em saúde e valorização do diálogo, são necessárias para sustentar uma prática assistencial humanizada e a valorização da autonomia na centralidade do cuidado (Merhy, 2014)..

As tecnologias leve-duras correspondem aos saberes sistematizados, como protocolos e metodologias científicas, que orientam e qualificam a prática profissional. Abrangem conhecimentos técnicos e científicos necessários ao manejo do cuidado em saúde, mas que intermediação e interpretação dos profissionais. As tecnologias duras englobam recursos concretos, como materiais e equipamentos, utilizados na assistência à saúde. Embora essenciais,

seu uso isolado pode gerar uma abordagem tecnicista quando não associadas a práticas que valorizem a subjetividade da pessoa (Merhy, 2014).

As tecnologias educacionais se caracterizam como facilitadoras dos processos educativos na área da saúde. A sua aplicação criativa favorece o desenvolvimento do pensamento crítico, a construção de conhecimento na prática assistencial e a promoção da autonomia no ensino-aprendizagem. A enfermagem destaca-se na promoção de estratégias inovadoras na assistência e em estudos para desenvolver o uso de tecnologias educacionais. Esta atuação se expande para além de espaços de formação profissional, mas também para a educação em saúde, educação permanente, e qualificação contínua de práticas e saberes de populações (Santos *et al.*, 2022).

Materiais educativos impressos constituem-se como tecnologias leve-duras, na mediação dos processos de educação em saúde entre profissionais e comunidade. Enfermeiros podem utilizar-se das tecnologias educacionais impressas como cartilha, álbum seriado e manuais, pois contribuem para consolidar conhecimento necessário e aproximar o saber popular e científico. De baixo custo, acessíveis e de fácil manuseio, estas tecnologias são úteis e já utilizadas em diversos contextos de cuidado a criança como hospitais, ambulatórios e domicílios, direcionada para pais, cuidadores e profissionais que estão ligados diretamente ao cuidado infantil (De Jesus *et al.*, 2018; Caldas *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2020; Ximenes *et al.*, 2022).

Ensaio randomizados mostram que intervenções educativas mediadas por cartilhas podem ser efetivas para a orientação sobre riscos de queda, melhoramento dos comportamentos de autocuidado, cuidados perioperatórios e promoção de autoeficácia para o cuidado à criança e alimentação complementar (Rodríguez-Gázquez; Holguín e Cortés, 2012; Carvalho *et al.*, 2022; Ximenes *et al.*, 2022; Moreira; Neto e Nunes, 2022; Silva *et al.*, 2023). As tecnologias educacionais devem ser planejadas e elaboradas de acordo com o público-alvo e suas necessidades, de modo a contribuir com um empoderamento de cuidadores na promoção de práticas de cuidado adequadas à criança.

A realização de intervenções de educação em saúde voltadas para o acolhimento institucional relacionam-se com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030 da ONU. A capacitação dos cuidadores contribui para a promoção da saúde física e mental das crianças acolhidas, uma vez que pode reduzir a incidência de doenças causadas por práticas inadequadas de cuidado e no incentivo de boas práticas de saúde.

A educação em saúde nestes espaços também tem o papel de evitar práticas inadequadas no cuidado infantil, prevenindo negligência, maus-tratos e institucionalização prolongada.

Conforme o ODS 16 “Paz, Justiça e Instituições Eficazes”, é necessário o fortalecimento das instituições, de forma a proteger as liberdades fundamentais e construir capacidades para prevenção da violência.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico que possibilita o desenvolvimento, validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (Polit e Beck, 2011). Este estudo se adequa a esta modalidade metodológica, pois propõe avaliar uma tecnologia educacional voltada para o cuidado de crianças institucionalizadas, a ser utilizada por seus cuidadores.

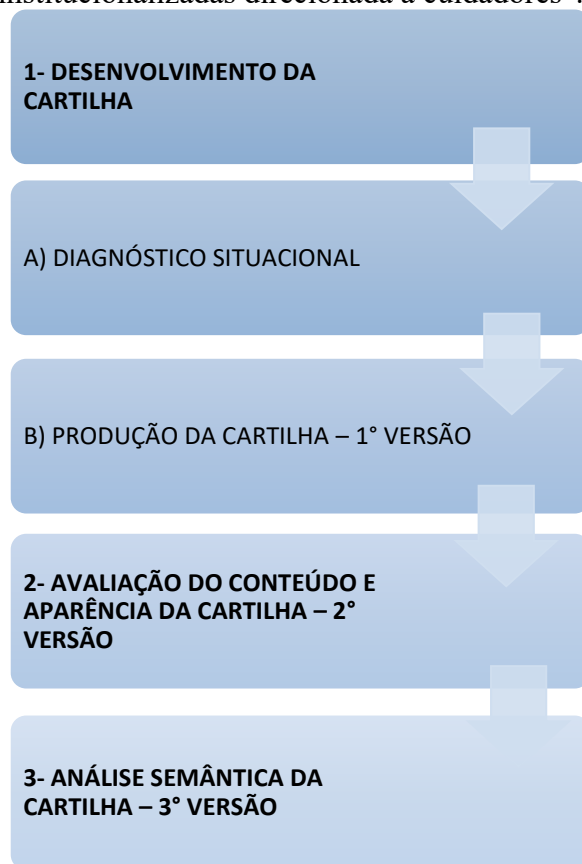
No âmbito das tecnologias educacionais, a qualidade do material utilizado, é verificada por meio da avaliação do grau da mediação que o produto criado objetiva alcançar (Teixeira, 2011). Para este processo, foi adotada a avaliação de conteúdo e de aparência por juízes especialistas e análise semântica pelo público-alvo, que julgarão se o produto atende apropriadamente ao que se propõe.

4.2 ETAPAS DO ESTUDO:

A realização do estudo consiste em três etapas: Desenvolvimento da tecnologia, Avaliação do conteúdo e aparência e Análise semântica.

Na primeira etapa, o desenvolvimento da tecnologia, foi realizado um diagnóstico situacional para averiguar as necessidades dos cuidadores, que indicaram o conteúdo e o formato do material, por meio de entrevistas com os profissionais e fundamentação teórica sobre a temática. A segunda etapa consistiu na avaliação do conteúdo da tecnologia, que foi realizada com juízes especialistas. E a terceira e última etapa, correspondeu à análise semântica, com os cuidadores (Figura 2).

Figura 2 – Representação das etapas do estudo do estudo “Cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores”. Recife-PE, 2024.



Fonte: a autora (2024)

4.2.1 Desenvolvimento da Tecnologia educacional

Para o desenvolvimento da versão inicial do produto, foram adotados dois momentos: um diagnóstico situacional, mediante entrevista com os cuidadores e a revisão da literatura; e o segundo, a produção da tecnologia.

4.2.1.1 Diagnóstico situacional

Foi realizada uma pesquisa de campo para levantar as necessidades do público-alvo onde foram identificadas as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores na prestação de cuidado à criança acolhida, e definido o conteúdo e formato da tecnologia educacional.

4.2.1.2 Local do estudo

Esta etapa foi realizada nas Instituições Municipais de Acolhimento Infantil do Recife, capital de Pernambuco. A cidade do Recife, localizada no litoral do Nordeste Brasileiro, possui uma população estimada de 1.488.920 habitantes e área geográfica de 218,843 km², de acordo com o último censo (IBGE, 2022). O município está dividido em seis Regiões Político-Administrativas (RPA 1 - Centro, RPA 2 - Norte, RPA 3 - Nordeste, RPA 4 - Oeste, RPA 5 - Sudoeste e RPA 6 - Sul), com unidades de acolhimento distribuídas em todas elas (RECIFE, 2020).

A cidade do Recife possui 13 unidades de acolhimento. No presente estudo participaram quatro unidades que atendiam crianças de 0 a 6 anos, sendo duas delas acolhedoras de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES), gerenciadas pela Secretaria de Assistência Social do município. As unidades que não atendessem a esta faixa etária e Organizações Não Governamentais (ONGs) foram excluídas.

4.2.1.3 População e amostra

A população dessa etapa do estudo foi composta por cuidadores atuantes nas unidades de acolhimento municipais da cidade do Recife, que prestam cuidado direto às crianças de 0 a 6 anos. A escolha desta faixa etária levou em conta o Marco legal da Primeira Infância que estabelece que os cuidados ofertados nesta fase, são prioritários e cruciais para o desenvolvimento infantil, sobretudo para crianças em situação de vulnerabilidade social (Brasil, 2016).

De acordo com Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2022 o número de cuidadores cadastrados nas instituições de acolhimento municipais totalizava 99, sendo 84 os que atuavam nas quatro unidades incluídas no estudo. A amostra foi calculada aplicando-se a fórmula para o cálculo amostral de proporção em população finita (Arango, 2011).

Em que:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2(N - 1) + z^2 pq}$$

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção de cuidadores que apresentam dificuldades com os cuidados institucionais (50%);

$$q = 1-p$$

d = erro amostral ($d = 0,05$);

N = Número total de cuidadores na cidade de Recife-PE ($N=84$)

Considerando-se um intervalo de confiança de 95%, erro de 5%, proporção estimada de cuidadores que apresentam dificuldades com os cuidados institucionais de 50%, a amostra necessária foi de 70 cuidadores. Acrescentando-se 10% para eventuais perdas, a amostra final resultou em 77 cuidadores.

Para garantir a proporcionalidade de cuidadores por unidade, foi utilizada uma amostragem do tipo probabilística aleatória estratificada, sendo utilizado o plano amostral estratificado onde foram incluídos o número proporcional de cuidadores por unidade de acolhimento, segundo o número total de elementos de cada grupo na população em estudo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de elementos da amostra. Recife-PE, 2024.

Unidade de acolhimento	Total da população	%	Amostra da pesquisa
A	19	22,6	17
B	25	29,8	23
C	18	21,4	17
D	22	26,2	20
TOTAL	84	100	77

Fonte: a autora (2024)

4.2.1.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo os cuidadores: maiores de 18 anos; vinculados a instituição e devidamente cadastrados mediante registro municipal, independentemente do tempo e que prestassem cuidado direto às crianças de 0 a 6 anos.

4.2.1.5 Critérios de exclusão

Os profissionais que estavam em período de férias, atestado ou afastamento e em processo de desligamento da instituição foram excluídos.

4.2.1.6 Instrumento para coleta de dados

A fim de averiguar as principais necessidades dos cuidadores na prestação de cuidados à criança e definir qual o conteúdo e formato da tecnologia educacional, foi aplicado por meio de uma entrevista, um instrumento elaborado para este estudo (APÊNDICE A). O formulário investigou dados socioeconômicos, as necessidades com os cuidados, a educação continuada dos profissionais e qual a tecnologia educacional adequada.

A construção foi pautada no Plano de Cuidados de Criação da Organização Mundial da Saúde e UNICEF (2018), que fundamenta-se em evidências sobre os cuidados necessários e efetivos para promover o desenvolvimento na primeira infância. Os cuidados de criação são um roteiro de ação que indica como os pais e cuidadores podem ser apoiados na criação de crianças na primeira infância. O plano reconhece a importância de um ambiente favorável, e a função de vários setores para proteger, promover e apoiar o desenvolvimento cerebral durante toda a vida. Esses cuidados asseguram que a criança na primeira infância alcance o pleno desenvolvimento de forma saudável e protegida dentro do seu núcleo de cuidado (OMS, 2018).

O plano preconiza cinco domínios da atenção integral à criança, sendo inter-relacionados (Figura 3): saúde, nutrição, proteção e segurança, cuidados responsivos e aprendizagem precoce, e reconhece a necessidade do aproveitamento máximo destes componentes para que a criança alcance todo o seu potencial de desenvolvimento.

Para averiguar a necessidade dos cuidadores, o formulário construído conteve 52 itens divididos nas seguintes categorias:

1. Dados sociodemográficos e profissionais: idade, sexo, cor, estado civil, número de filhos, religião, área de moradia, anos de estudo, renda, formação técnica e tempo de experiência;
2. Necessidade com os cuidados: dificuldades dos profissionais no cuidado ao acolhido e interesse em conhecer aspectos do cuidado à criança inseridos nos cinco domínios da atenção integral do Plano de Cuidados de Criação (figura 3):

Figura 3 – Domínios da Atenção Integral necessária para que a criança alcance todo seu potencial de desenvolvimento. Recife-PE, 2024.



Fonte: Organização Mundial de Saúde (2018)

No formulário, para cada domínio foi perguntado ao cuidador quanto às suas dificuldades, e logo em seguida suas necessidades (temas de interesse) para subsidiar a composição da cartilha (Quadro 1):

Quadro 1 – Representação da distribuição dos domínios da atenção integral à criança e as dificuldades e necessidades dos cuidadores. Recife-PE, 2024.

Domínio de atenção integral à criança	Dificuldades e necessidades dos cuidadores
Saúde	1. Cuidados de saúde 2. Primeiros socorros 3. Higiene
Nutrição	4. Nutrição da criança
Cuidados responsivos	5. Interação cuidador-criança
Segurança e proteção	6. Estrutura física, quantitativo de profissionais 7. Violência na infância
Aprendizagem precoce	8. Desenvolvimento infantil

Fonte: a autora

3. Educação continuada: participação em momentos de capacitação/formação, número de vezes que as capacitações ocorreram, última vez que participou, interesse em momentos de capacitação/formação.
4. Tecnologia educacional: interesse em utilizar algum material educativo; conteúdo e formato do material.

A partir das respostas às categorias 2 e 4, os participantes definiram qual o conteúdo e formato adotado na tecnologia. Para este formulário, se utilizou a terminologia “material educativo” como sinóníma para o termo “tecnologia educacional”, a fim de uma maior aproximação semântica com os participantes.

4.2.1.7 Coleta de dados

Após a definição amostral foram procurados presencialmente os coordenadores responsáveis por cada instituição, explicando-se o objetivo da pesquisa, as etapas do estudo e o procedimento para coleta de dados. Em seguida, foi realizado o convite para participação do estudo, e após autorização para a coleta de dados na instituição, solicitou-se a lista dos cuidadores atuantes na unidade de acolhimento e foi realizado o agendamento das datas e horários para coleta de dados.

As entrevistas ocorreram nos meses de Julho a Setembro de 2022, sendo entrevistados 77 cuidadores. A primeira unidade participante foi a Unidade “C”, a partir desta se sucederam as demais unidades. A seleção dos profissionais se deu por amostragem aleatória simples, onde, uma vez com a lista em mãos, foi realizado sorteio dos cuidadores que participaram do estudo. A coleta de dados foi realizada em dois a quatro dias em cada unidade a fim de alcançar o máximo de participantes disponíveis, tendo em vista que o regime de trabalho desses profissionais ocorria em jornada de plantão.

As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta, nos turnos tarde e noite. Os participantes eram convidados para um local reservado dentro da própria unidade de acolhimento, onde a equipe de pesquisa apresentava-se e esclarecia o objetivo do estudo, os riscos e benefícios e o procedimento para coleta de dados. Após o esclarecimento de possíveis dúvidas e objeções, os cuidadores eram convidados a participar do estudo.

Após aceite do participante e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), a equipe de coleta de dados, composta pela mestranda e uma aluna de iniciação científica, do curso de enfermagem da UFPE, aplicou o formulário de forma presencial e individual, com duração média de 20 a 40 minutos, seguindo o Procedimento Operacional Padrão (POP) (APÊNDICE C).

4.2.1.8 Análise de dados

As informações oriundas das entrevistas, foram tabuladas em dupla entrada no programa EpiInfo 3.5.4 e analisadas no software IBM® SPSS® *Statistic*, versão 21.0. As variáveis categóricas, de caracterização da amostra, relacionadas às necessidades aos cuidados, educação continuada e aquelas sobre o formato da tecnologia foram analisadas por meio de frequências absoluta e relativa e para variáveis contínuas, utilizou-se medidas de tendência central e dispersão. A definição do conteúdo da tecnologia se deu por meio do agrupamento das respostas similares em categorias e calculadas as frequências absoluta e relativa, considerando-se as maiores frequências para composição do material. O teste de Kolmogoron-smirnov foi realizado para avaliar a normalidade da distribuição das frequências das variáveis quantitativas.

4.2.2 Produção da tecnologia educacional

A cartilha foi o formato escolhido pelo público-alvo e o conteúdo foi definido pelas duas variáveis de maior frequência quanto as necessidades, os temas de interesse dos profissionais, e pela maior frequência de dificuldades, a fim de atender às casas que acolhem crianças com deficiência.

Para produção teórica do material, foi realizada uma revisão na literatura sobre cuidados com a criança, utilizando-se artigos científicos; documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde (OMS), e Ministério da Saúde, manuais da Sociedade Brasileira de Pediatria, e secretarias de saúde de estados e municípios brasileiros (Avelino *et al*, 2017; Bossa, 2019; Brasil, 2016; Brasil, 2010; Brasil, 2018; Brasil 2020; INCA 2017; São Paulo 2022; OMS, 2021).

Para busca de artigos, teses e dissertações em ambiente virtual, se utilizaram as bases Medline/PudMed, SCOPUS, Web of Science, e as bibliotecas Cochrane e SciELO, com descritores, termos não controlados e suas sinonímias em inglês: traqueostomia, primeiros socorros, engasgo, acidentes por quedas, convulsões, delitos sexuais, violência, criança, cuidado da criança e enfermagem, agrupados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, de acordo com as temáticas de busca. As buscas foram realizadas de dezembro 2022 a maio de 2023, não sendo utilizado recorte temporal para busca dos artigos.

Além de protocolos e manuais, foram considerados quatro artigos para produção dos temas “Traqueostomia” e “Violência sexual” (Santos; Ipólito, 2011; Avelino, 2017; Bossa et.

al., 2019, Conceição et. al., 2021). No tema primeiros socorros foram utilizados apenas protocolos e manuais.

Para a elaboração da cartilha foi adotado o referencial metodológico de Moreira, Nóbrega e Silva (2003), que descreve o material escrito como um instrumento que facilita o processo educativo, pois permite ao leitor uma leitura posterior e possibilita a superação de eventuais dificuldades, através do processo de decodificação e de rememoração.

O preparo de material impresso deve seguir algumas etapas: 1) identificação do público alvo, com o conhecimento de características sócio-demográficas e culturais, que, neste estudo, foi realizado por meio das entrevistas; 2) determinação da mensagem e objetivo, o que se espera desenvolver com aquele material; 3) determinação do veículo, formato em que a mensagem será apresentada, que foi definido pelos próprios cuidadores, a cartilha (Moreira; Nóbrega; Silva, 2003).

O vocabulário utilizado foi coerente com a mensagem e com o público alvo e buscou ser convidativo, de fácil leitura e entendimento. Na produção do material, três aspectos foram considerados: linguagem, layout e ilustração (Moreira; Nóbrega; Silva, 2003). Para confecção gráfica, contou-se com participação de profissionais da área de design gráfico.

Os aspectos utilizados na elaboração da cartilha seguiram os determinados por Moreira, Nóbrega e Silva (2003), apresentados nos Quadros 2, 3 e 4:

Quadro 2 – Aspectos da Linguagem considerados na elaboração do material educativo em saúde. Recife-PE, 2024

Linguagem
<p>a) A credibilidade da mensagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar uma mensagem de credibilidade que está relacionada com o autor e a fonte da mensagem, devendo ambos ser confiáveis e apropriados ao contexto sócio-econômico e cultural.
<p>b) A apresentação da mensagem</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresentar ao leitor 3 a 4 ideias principais por documento ou por secção. • Desenvolver uma ideia por vez, desenvolvendo-a completamente, para, depois, passar para uma seguinte, já que idas e vindas entre tópicos podem confundir o leitor. • Evitar listas longas, uma vez que os leitores, principalmente aqueles com pouca habilidade, geralmente esquecem itens de listas muito longas, sendo, por isso necessário à limitação a quatro ou cinco itens. • Declarar objetivamente a ação que é esperada do leitor. Apresentar os conceitos e ações numa ordem lógica. Clarificar ideias e conceitos abstratos com exemplos. • Incluir apenas as informações necessárias, para o leitor compreender e seguir a mensagem. Destacar a ação positiva, dizendo ao leitor o que ele deve fazer e não o que não deve.
<p>c) A estrutura da frase e seleção das palavras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usar, sempre que possível, palavras curtas. • Construir sentenças com 8 a 10 palavras e parágrafos com 3 a 5 sentenças. • Escrever como se estivesse conversando, pois o estilo conversacional é mais natural e mais fácil de ser lido e entendido Usar a voz ativa. • Limitar o uso de jargão, termos técnicos e científicos. • Se forem indispensáveis, explique-os em linguagem que o leitor possa entender.

<ul style="list-style-type: none"> ● Usar palavras com definições simples e familiares. ● Usar analogias familiares ao público alvo. ● Evitar abreviaturas, acrônimos e siglas.
<p>d) Não discriminação das diferenças culturais e raciais</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Identificar um grupo de pessoas pela raça ou etnia, através do termo adotado pelo mesmo. ● Elaborar mensagens adequadas a cada grupo ou subgrupo cultural ou étnico.
<p>e) Incluindo interação</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fazer perguntas curtas e deixar espaço para o leitor escrever as respostas. ● Pedir ao leitor para fazer escolhas, circulando ou marcando a opção correta, entre várias apresentadas (com texto ou imagem). ● Deixar espaço em branco no fim do material destinado a anotações de dúvidas, questionamentos e pontos importantes.

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Quadro 3 – Aspectos quanto a ilustrações considerados na elaboração do material educativo em saúde. Recife -PE, 2024.

Ilustrações
<p>a) Seleção da ilustração</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Limitar o número de ilustrações para não sobrecarregar o material. ● Selecionar ilustrações que ajudem a explicar ou enfatizar pontos e ideias importantes do texto. ● Evitar ilustrações abstratas e que tenham apenas função decorativa no texto. ● Evitar desenhos e figuras estilizadas. ● Ilustrar a ação ou o comportamento esperado ao invés do que deve ser evitado. ● Atentar para o fato de que as fotografias funcionam melhor para representar eventos da vida real, mostrar pessoas e comunicar emoções. ● Utilizar desenhos de linhas simples, que funcionam melhor para ilustrar um procedimento. ● Não usar caricatura para ilustrar partes do corpo ou itens relacionados com a saúde. ● Usar ilustrações apropriadas ao leitor, evitando ilustrar material dirigido ao público adulto/idoso com motivos infanto-juvenis e vice-versa. ● Quando usar ilustrações de órgãos internos do corpo ou de pequenos objetos, utilizar imagens realistas e colocá-las no contexto real. ● Apresentar os pequenos objetos em ilustrações maiores para que os detalhes sejam visualizados, mas apresentar uma escala para compará-los com alguma coisa familiar à clientela. ● Usar fotos e ilustrações de boa qualidade e alta definição. ● Usar, com cautela, caricaturas. Elas são boas para comunicar humor, mas podem não ser entendidas por alguns leitores.
<p>b) Ilustrações sensíveis e relevantes culturalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usar imagens e símbolos familiares ao público alvo, que permitam as pessoas se identificar com a mensagem. ● Usar, com cautela, símbolos e sinais pictográficos. Símbolos "universais" como sinal de pare, X e setas, por exemplo, podem não ser entendidos pelo público alvo ● Considerar, nas ilustrações apresentadas, as características raciais e étnicas do público alvo. ● Mostrar pessoas dos mais variados grupos, idades e etnias, se o material for para um público diverso
<p>c) Disposição das ilustrações</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Dispor as ilustrações de modo fácil, para o leitor segui-las e entendê-las. ● Apresentar uma mensagem por ilustração. ● Ilustrar apenas os pontos mais importantes a fim de evitar material muito denso ● Colocar as ilustrações próximas aos textos aos quais elas se referem. ● Usar legendas que incluam a mensagem chave. ● Numerar as imagens, quando forem apresentadas em sequência. ● Usar setas ou círculos para destacar informações-chave na ilustração.

Fonte: Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003).

Quadro 4 – Aspectos de *layout e design* que devem ser considerados na elaboração do material educativo em saúde. Recife-PE, 2024.

<i>Layout e Design</i>
<p>a) Fontes, cores e sombreamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Usar fonte 12, no mínimo. Se o material destina-se ao público adulto, usar, no mínimo, 14. ● Usar fontes para os títulos, dois pontos maiores que as do texto. Evitar textos apenas com fontes estilizadas e maiúsculas, pois dificultam a leitura. ● Usar itálico, negrito e sublinhado apenas para os títulos ou para destaques. ● Usar as cores com sensibilidade e cautela, para não supercolorir, deixando o material visualmente poluído ● Impressão preta sobre fundo claro é mais fácil de se ler. Impressão fosca (papel e tinta) melhora a legibilidade pela redução do brilho.
<p>b) Capa de efeito atrativo</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Fazer uma capa com imagens, cores e texto atrativos. ● Mostrar a mensagem principal e o público alvo, na capa permitindo que o leitor capte a mensagem principal apenas por sua visualização.
<p>c) Organização da mensagem para facilitar a ação desejada e a lembrança</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Sinalizar adequadamente os tópicos e subtópicos, usando recursos, como títulos, subtítulos, negritos e marcadores. ● Colocar, no início da frase ou da proposição, as palavras ou ideias-chave. ● Apresentar uma ideia completa numa página ou nos dois lados da folha, pois, se o leitor tem que virar a página, no meio da mensagem, ele pode esquecer sua primeira parte. ● Colocar a informação mais importante no início e no fim do documento. ● Organizar as ideias no texto, na mesma sequência em que o público alvo irá usá-las. ● Colocar a informação-chave numa caixa de texto, para facilitar a localização da informação na página.
<p>d) Espaço em branco, margens e marcadores</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Deixar no mínimo, 2,5 cm de espaço em branco nas margens da página e entre as colunas. ● Limitar a quantidade de texto e imagens na página. ● Usar títulos e subtítulos, deixando mais espaço acima que abaixo deles, para dar uma ligação mais forte

Fonte: Moreira, Nóbrega e Silva (2003)

4.3 AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E APARÊNCIA

Finalizada a primeira versão da tecnologia, o produto passou pela etapa de avaliação do conteúdo e aparência.

4.3.1 População e amostra

Para contemplar a variedade de conteúdos na cartilha a população foi composta por profissionais das áreas de enfermagem, psicologia e *design*. A amostra seguiu o referencial de Pasquali (2011) que recomenda de seis a vinte juízes. Nos temas traqueostomia e primeiros socorros participaram da avaliação de conteúdo apenas os seis juízes enfermeiros, para o tema violência, os enfermeiros e três psicólogos. Da mesma forma para avaliação de aparência, no entanto incluiu-se a participação de seis *designers* para todos os temas, totalizando 15 juízes especialistas (Quadro 5).

Quadro 5 – Juízes especialistas segundo a categoria profissional. Recife-PE, 2024.

Avaliação de conteúdo		
Tema	Nº de juízes	Categoria profissional
Traqueostomia Primeiros socorros Violência	06	Enfermeiros
Violência	03	Psicólogos
Avaliação de aparência		
Traqueostomia Primeiros socorros Violência	06 06	<i>Designers</i> Enfermeiros
Violência	03 06	Psicólogos <i>Designers</i>

Fonte: a autora (2024)

Na possibilidade de recusa de participação na pesquisa, foi convidado o dobro deste número. Para a seleção dos especialistas, foi utilizado o conjunto de critérios de Jasper (1994) adaptados pela pesquisadora para atender à respectiva área de conhecimento. Os juízes deveriam atender a pelo menos dois dos quatro critérios e apresentar no mínimo uma característica em cada um dos critérios em que se enquadra, considerando os seguintes: conhecimento ou habilidade, experiência no campo de prática, reconhecimento de padrões e reconhecimento por outros indivíduos (Quadro 6).

A amostragem foi intencional. A busca dos respectivos especialistas com conhecimento ou habilidade requeridas, ocorreu mediante a análise da formação acadêmica/titulação nos currículos, disponibilizados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, selecionados pela opção “busca simples”, pelo assunto “saúde da criança” com os filtros, “doutores”, “demais pesquisadores” e “nacionalidade brasileira”. Foi adotada a estratégia de captação da amostra bola de neve, em que para cada especialista selecionado foi solicitada a indicação de outros que atendessem aos critérios de elegibilidade.

Para profissionais de saúde, enfermeiros e psicólogos, a experiência prática foi investigada no currículo por meio da atuação profissional, participação em cursos, aulas ministradas, extensão, pesquisa na área da saúde da criança ou psicologia infantil, respectivamente. O reconhecimento de padrões, entendido como a habilidade de sistematização do conhecimento crítico, neste estudo, foi considerado como a produção científica na área. Para

os profissionais da área de design, foi considerado como critério apenas a graduação na área e experiência de no mínimo 5 anos.

Para atender ao critério de reconhecimento por outros indivíduos, foi avaliada a premiação de trabalhos científicos na área de interesse e a indicação profissional pela-estratégia bola de neve.

Quadro 6 – Critérios de seleção dos juízes para avaliação do conteúdo e aparência da cartilha. Recife-PE, 2024

CRITÉRIOS
CONHECIMENTO OU HABILIDADE
Especialização em saúde da criança
Mestre com dissertação na área da saúde da criança
Doutorado com tese na área da saúde da criança
EXPERIÊNCIA NO CAMPO DE PRÁTICA
Ministra ou ministrou aula na disciplina da saúde da criança em curso de graduação.
Ministra ou ministrou aula em curso de especialização nas disciplinas de saúde da criança
Desenvolve ou desenvolveu projeto de extensão na área de saúde da criança
Desenvolve ou desenvolveu pesquisa na área da saúde da criança
Atuação profissional em um dos três níveis de complexidade na área da saúde da criança por no mínimo de 2 anos
RECONHECIMENTO DE PADRÕES
Autoria de artigo(s) científico(s) com temática relativa à área da saúde da criança
Participação em banca avaliadora em trabalhos acadêmicos na área da saúde da criança
RECONHECIMENTO POR OUTROS INDIVÍDUOS
Possuir trabalho(s) premiado(s) em evento(s) científico(s) nacional(is)-internacional(is) cujo(s) conteúdo(s) seja(m) referente(s) à área da saúde da criança
Indicação profissional de outros especialistas reconhecidamente da saúde da criança.

Fonte: Jasper (1994), adaptado pela autora (2024)

4.3.2 Instrumentos para a coleta de dados

O instrumento aplicado para caracterização dos juízes (APÊNDICE F), adaptado de Ângelo (2020) para atender a área da saúde da criança, foi composto por 25 itens que abrangem profissionais atuantes na docência ou assistência e foi utilizado para averiguar a qualificação profissional e a correspondência aos critérios de Jasper,

Na avaliação do conteúdo, os juízes especialistas analisaram se o conteúdo da tecnologia estava adequado ao que se propõe utilizando o Instrumento de Avaliação de Conteúdo Educativo em Saúde (IVCES) (APÊNDICE G). O instrumento contém dezoito itens, divididos em três domínios, objetivos, estrutura/apresentação e relevância, com pontuação de 0 a 2, que avaliará o produto segundo clareza, pertinência prática, relevância teórica e dimensão teórica (Leite *et al.*, 2018). Para avaliação da aparência utilizou-se o Instrumento para Validação de Aparência de Tecnologias Educacionais em Saúde (IVATES) (APÊNDICE H), que possui 12 itens valorados em escala likert de 0 a 5, onde 0 indica “discordo totalmente” e 5 “concordo totalmente” (Souza; Moreira; Borges, 2018)

4.3.3 Procedimento para coleta de dados

Após a seleção dos juízes, foi enviado e-mail contendo uma carta convite para a participação da pesquisa (APÊNDICE C), que descrevia o objetivo do estudo e o material a ser avaliado, e fornecia o link para preenchimento do formulário eletrônico e acesso a cartilha. No caso da solicitação não respondida, em 15 dias, outro e-mail era enviado como lembrete, se após estas tentativas o especialista não correspondesse, seria substituído na amostra.

Em caso de aceite ao convite (APÊNDICE D), o juiz acessava o formulário eletrônico onde constava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E), que deveria ter a opção “aceito” assinalada, após leitura. Em seguida, poderia proceder o preenchimento do formulário de caracterização dos juízes (APÊNDICE F), e logo após ao preenchimento do instrumento para avaliação do conteúdo, o IVCES (ANEXO G), e da aparência, o IVATES (ANEXO H).

4.3.4 Análise dos dados

Os dados da caracterização dos juízes foram inseridos em dupla entrada e validados no programa EpiInfo 3.5.4 e analisadas no software IBM® SPSS® Statistic, versão 21.0. As variáveis categóricas foram analisadas por meio das frequências relativa e absoluta, e para as contínuas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão. O teste de normalidade de Kolmogoron-smirnov foi realizado para avaliar a normalidade da distribuição das frequências das variáveis quantitativas e definir a forma de apresentação dos dados.

Os dados referentes às avaliações dos juízes foram exportados para uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel e posteriormente para o SPSS® Statistic, versão 21.0. Para análise da avaliação do conteúdo, adotou-se o método proposto por Polit e Beck (2011), com cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), procedimento quantitativo que analisa a concordância entre os juízes sobre determinados aspectos de um instrumento e seus itens. O IVC é calculado com a utilização de uma escala tipo *Likert*, de três pontos ordinais. Para o cálculo do IVC é usada a seguinte fórmula (POLIT; BECK, 2011):

$$\text{IVC} = \frac{\text{Número de respostas } 1(\text{Concordo}) \text{ ou } 2(\text{Concordo totalmente})}{\text{Número total de juízes participantes}}$$

Propõem-se três equações matemáticas para se efetuar o cálculo do IVC, conforme apresentado no Quadro 1. A literatura reconhece um IVC de excelência acima de 0,9 e aceitável

acima de 0,78. Para este estudo foi considerado aprovado o item que obtiver proporção igual ou superior a 0,80, mantendo-se o item como adequado com concordância igual ou superior a 80%. Um IVC nas três equações igual ou superior a 0,80 é considerado desejável, sendo que o valor 0 indica nenhuma concordância e o valor 1 representa concordância total. Assim, os itens que receberem “0” (Discordo) pontos deverão ser revisados (Polit e Beck, 2011).

Quadro 7 – Equações matemáticas para se efetuar o cálculo do IVC. Recife-PE, 2024.

S-CVI	Proporção de itens da escala que atingem escores 1 (Concordo) e 2 (Concordo totalmente) por todos os especialistas.
I-CVI	Validade de conteúdo dos itens individuais
SVI-Ave	Média dos itens de validação de conteúdo para todos os itens da escala.

Fonte: Polit e Beck (2011).

Para avaliação das respostas relativas ao instrumento utilizado para avaliar a aparência de tecnologia educacional em saúde, o IVATES, sugere-se a utilização do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), correspondendo ao Índice de Validade de Aparência (IVA) para cada item (IVA-I), obtido pela proporção de juízes que atribuíram 4 ou 5 pontos, dividido pelo total de juízes. Além disso, calculou-se o Índice de Validação de Aparência Total (IVA-T), que resulta da média dos IVA-I de todos os itens. O item com $IVA \geq 0,78$ é considerado excelente; IVA entre 0,60 e 0,77 indica a necessidade de ajustes na aparência da tecnologia educacional em saúde; enquanto $IVA < 0,60$ é considerado inadequado, sugerindo a modificação da aparência da tecnologia educacional (Souza; Moreira; Borges, 2020). As análises foram conduzidas utilizando o *software* Jamovi, versão 2.3 (The Jamovi Project, 2024).

Os instrumentos de avaliação disponibilizaram espaços para considerações e sugestões dos avaliadores. Com a finalização dessa etapa, realizou-se as adequações necessárias na tecnologia, a fim de submetê-la à análise semântica com público-alvo.

4.4 ANÁLISE SEMÂNTICA

Nesta etapa foi verificado se o conteúdo dos itens da cartilha estavam compreensíveis. Os juízes que procederam a análise semântica foram os cuidadores, público-alvo para o qual foi desenvolvida a cartilha (Pasquali, 2011).

Para Pasquali (2011), é importante garantir que os itens sejam compreensíveis para o segmento com menor nível de habilidade da população-alvo, de modo que uma amostra para essa análise deve ser composta por esse grupo. Para garantir uma formulação clara e adequada

dos itens, uma análise semântica também deve ser realizada com uma amostra de indivíduos com maior nível de habilidade, evitando assim constrangimentos.

Nessa etapa participaram 16 cuidadores, 10 com ensino médio e 6 com ensino superior, contemplando as mesmas unidades de acolhimento que já participaram do estudo inicialmente, que atendem crianças de 0 a 6 anos, com e sem deficiência. Os participantes foram selecionados por amostragem aleatória simples, sorteados pela mestranda, utilizando-se os mesmos critérios de inclusão dos participantes da etapa de diagnóstico situacional.

A equipe de pesquisa explicou ao coordenador da instituição o objetivo da pesquisa, como ocorreria esta etapa do estudo, o procedimento para coleta de dados e realizou convite para participação na pesquisa. Mediante aceite, foi solicitada a lista atualizada dos cuidadores atuantes na unidade e agendado data e horário para coleta de dados.

A análise semântica deve ser realizada com pequenos grupos de 3 a 4 pessoas em atmosfera de *brainstorming* (Pasquali, 2011). No entanto, devido a necessidade de supervisão das crianças e o baixo dimensionamento de cuidadores, foram realizadas entrevistas individuais. De acordo com as datas e horários agendados, se deu início a coleta de dados com os cuidadores sorteados, a partir da lista disponibilizada. Os participantes foram convidados individualmente pela pesquisadora para um local reservado na própria unidade de acolhimento, onde foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, os objetivos, etapas do estudo, bem como foram esclarecidas possíveis dúvidas e objeções, e realizado o convite para participação no estudo.

A mestranda procedeu a leitura junto ao participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I), e colheu as assinaturas mediante aceite. Iniciou-se então a entrevista individual para aplicação do formulário de caracterização da amostra (APÊNDICE J), estimando-se 10 à 15 minutos para este momento, e então foi solicitado que avaliassem a última versão da cartilha. Após o término da leitura, os participantes responderam às questões contempladas no instrumento de análise semântica da tecnologia, um formulário com itens de caracterização da amostra e a seguinte pergunta para cada tema da cartilha “O tema primeiros socorros/traqueostomia/violência está claro para você?”, e como opções de resposta “sim” ou “não”. Os dados foram digitados e analisados no SPSS® Statistic, versão 21.0. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas, considerando-se uma proporção de avaliação adequada acima de 70% para cada tema (Nietsche; Teixeira; Medeiros, 2014).

Ao final de todas estas etapas, foi elaborada a versão final do produto.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado seguindo as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, sob o Parecer N° 5.476.383, CAAE 57957622.0.0000.5208.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados conforme as etapas desenvolvidas no estudo: 1) Desenvolvimento da tecnologia; 2) Avaliação do conteúdo e aparência; 3) Análise semântica.

5.1 DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA

O desenvolvimento da tecnologia incluiu o diagnóstico situacional e a elaboração da cartilha educativa.

5.1.1 Resultados do diagnóstico situacional

Nesse item estão apresentados os resultados decorrentes da averiguação das principais necessidades dos cuidadores na prestação de cuidados à criança.

No que se refere às características sociodemográficas, 90,9% dos cuidadores eram adultos, 85,7% do sexo feminino, 46,8% da cor parda, 57,1% eram solteiros e 29,9% possuíam pelo menos um filho. Entre os cuidadores, 46,8% consideravam-se católicos, 59,2% residiam no Recife, 49,4% apresentavam renda familiar de dois salários mínimos e 72,7% possuíam o ensino médio incompleto/completo. Em relação à experiência como cuidador, 27,3% desenvolviam essa atividade a mais de 12 meses e e 20,8% a mais de 36 meses.

Tabela 2 – Características sociodemográficas dos cuidadores das Instituições de Acolhimento. Recife-PE,2024. (continua)

Variáveis	n	%
Idade (anos)		
Adulto jovem (20-24 anos)	6	7,8
Adulto (25-59 anos)	70	90,9
Idoso (acima de 60 anos)	1	1,3
Sexo		
Masculino	10	13
Feminino	66	85,7
Outro	1	1,3
Raça/cor		
Branco(a)	14	18,2
Preto(a)	24	31,2
Pardo(a)	36	46,8
Amarelo(a)	3	3,9
Estado Civil		
Solteiro(a)	44	57,1
Casado(a)	26	33,8
União Estável	3	3,9
Divorciado	4	5,2
Nº Filhos		

Tabela 2- Distribuição dos dados sociodemográficos dos cuidadores. Recife,2024.
(continua)

Variáveis	n	%
Nenhum	18	23,4
1	23	29,9
2	22	28,6
≥ 3	14	18,2
Religião		
Católica	36	46,8
Evangélica	23	29,9
Umbandista	3	3,9
Sem religião	4	5,2
Outro	11	13
Local de Moradia		
Capital	45	59,2
Região Metropolitana do Recife	32	40,8
Renda familiar (em salários mínimos)		
≤ 1	15	19,5
2	38	49,4
≥ 2	24	31,2
Escolaridade		
Ensino fundamental 1 incompleto/completo	2	2,6
Ensino fundamental 2 incompleto/completo	1	1,3
Ensino médio incompleto/completo	56	72,7
Ensino superior incompleto/completo	18	23,4
Tempo de Experiência		
≤ 1 mês	8	10,4
> 1 mês e ≤ 3 meses	9	11,7
> 3 meses e ≤ 6 meses	5	6,5
> 6 meses e ≤ 12 meses	18	23,4
> 12 meses e ≤ 36 meses	21	27,3
> 36 meses	16	20,8

Fonte: a autora (2024)

Na tabela 3 estão apresentadas as dificuldades dos cuidadores relacionadas aos domínios a saúde, saúde, nutrição/alimentação, cuidados responsivos, segurança/proteção e aprendizagem precoce. Quanto ao domínio saúde, entre os cuidadores, 50,6% referiram dificuldades de lidar com cuidados de saúde na criança, 48,7 % em manusear dispositivos de saúde como traqueostomia, 46,8% dificuldades com primeiros socorros e 36,4% com higiene da criança.

Quanto a nutrição, 48,1% apresentaram dificuldades. No domínio cuidados responsivos, 59,7% mencionaram dificuldade na interação cuidador-criança. Quanto a segurança e proteção, 64,9% tiveram dificuldade com a estrutura física e/ou materiais da unidade de acolhimento, 61% com quantitativo de profissionais e 58,4% de lidar com contexto de violência da criança. No que se refere a domínio sobre aprendizagem precoce, 35,5% tiveram dificuldade relacionadas ao desenvolvimento infantil.

Tabela 3 – Dificuldades dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento nos domínios saúde, nutrição/alimentação, cuidados responsivos, segurança/proteção e aprendizagem precoce. Recife, 2024. (continua)

Variáveis	n	%
Saúde		
Dificuldades de lidar com cuidados de saúde		
Sim	39	50,6
Não	38	49,4
Cuidados com CRIANES - Manuseio de traqueostomia		
Sim	19	48,7
Não	20	51,3
Dificuldades com primeiros socorros		
Sim	36	46,8
Não	40	51,9
Dificuldades com higiene da criança		
Sim	28	36,4
Não	49	63,6
Nutrição		
Dificuldade com nutrição da criança		
Sim	37	48,1
Não	40	51,9
Cuidados responsivos		
Dificuldade na interação cuidador-criança		
Sim	46	59,7
Não	31	40,3
Segurança e proteção		
Dificuldade com a estrutura física e/ou materiais da unidade de acolhimento		
Sim	50	64,9
Não	27	35,1

Tabela 3 – Dificuldades dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento nos domínios saúde, nutrição/alimentação, cuidados responsáveis, segurança/proteção e aprendizagem precoce. Recife, 2024. (conclusão)

Variáveis	n	%
<i>Dificuldade com o quantitativo de profissionais</i>		
Sim	47	61,0
Não	30	39,0
<i>Dificuldades com o contexto de violência da criança</i>		
Sim	45	58,4
Não	32	41,6
<i>Aprendizagem precoce da criança</i>		
Dificuldades relacionadas ao desenvolvimento infantil		
Sim	28	35,5
Não	49	64,5

Fonte: a autora (2024)

A tabela 4 apresenta os assuntos/temas de interesse referidos pelos cuidadores sobre no domínio saúde dos acolhidos, o qual 55,8% referiram interesse no tema primeiros socorros, sendo os principais acidentes mencionados engasgo (36,4%), queda (26%) e convulsão (6,5%). Dos cuidadores 42,9% também demonstraram interesse no tema cuidados gerais de saúde como a realização de curativos; cuidados com furúnculos; e com agravos comuns na infância - viroses, febre, convulsão febril, doenças respiratórias e intestinais e alimentação de crianças com fenda palatina , 36,4% sobre engasgo e 13% sobre higiene geral.

Tabela 4 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio sobre saúde da criança. Recife-PE, 2024. (continua)

Fator avaliado	n	%
Primeiros socorros		
Sim	43	55,8
Não	34	44,2
Engasgo		
Sim	28	36,4
Não	49	63,3
Queda		
Sim	20	26,0
Não	57	74,0
Convulsão		
Sim	5	6,5
Não	72	93,5

Tabela 4 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio sobre saúde da criança. Recife, 2024 (conclusão)

Variáveis	n	%
Lidar com Crianças que apresentem algum transtorno mental		
Sim	12	15,6
Não	65	84,4
Administração de medicamentos		
Sim	9	11,7
Não	68	88,3
Cuidados gerais em saúde		
Sim	33	42,9
Não	44	57,1
Crises de ansiedade		
Sim	2	2,6
Não	75	97,4
Higiene geral		
Sim	10	13,0
Não	67	87,0
Escabiose/pediculose		
Sim	8	10,4
Não	69	89,0
Higiene bucal/geral de crianças com deficiência		
Sim	6	7,8
Não	71	92,2

Fonte: a autora

No que se refere aos interesses no domínio nutrição da criança, 23,4% referiram a composição nutricional adequada para saúde da criança, e 7,8% sobre o manejo da alimentação infantil e uma dieta adequada para diabéticos, igualmente (Tabela 5).

Tabela 5 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio nutrição da criança. Recife-PE, 2024. (continua)

Variáveis	n	%
Composição nutricional da criança		
Sim	18	23,4
Não	59	76,6
Manejo da alimentação infantil		
Sim	6	7,8
Não	71	92,2
Dieta adequada para diabéticos		

Tabela 5 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio nutrição/alimentação da criança. Recife, 2024. (conclusão)

Variáveis	n	%
Sim	6	7,8
Não	71	92,2
Alimentação via SNG/GTT		
Sim	5	6,5
Não	72	93,5
Outros		
Sim	7	9,1
Não	70	90,9

Fonte: a autora (2024)

Quanto aos temas de interesse no domínio cuidados responsivos, 23,4% dos cuidadores mencionaram o manejo com crianças que apresentam algum transtorno do neurodesenvolvimento (TEA e/ou TDAH) ou transtornos mentais, como esquizofrenia e 18,2% em como estabelecer vínculo por meio de boas práticas de comunicação e interação (Tabela 6).

Tabela 6 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio cuidados responsivos com a criança. Recife-PE, 2024.

Variáveis	n	%
Como estabelecer disciplina/rotina		
Sim	4	5,2
Não	18	23,4
Como lidar com crianças que apresentem algum transtorno mental		
Sim	18	23,4
Não	59	76,6
Como estabelecer vínculo		
Sim	14	18,2
Não	63	81,8
Como ensinar educação sexual para crianças		
Sim	3	3,9
Não	74	96,1
Meios de interação/atividades pedagógicas		
Sim	5	6,5
Não	72	93,5

Fonte: a autora (2024)

Quanto aos interesses no domínio segurança e proteção da criança, 46,8% dos profissionais declararam interesse em aprender a identificar e lidar com crianças vítimas de violência sexual e 11,7% sobre os tipos e consequências deste agravo na infância (Tabela 7).

Tabela 7 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio segurança e proteção da criança. Recife-PE, 2024.

Variáveis	n	%
Tipos de consequências da violência infantil		
Sim	9	11,7
Não	68	88,3
Identificar/lidar/acalmar crianças vítimas de violência sexual		
Sim	36	46,8
Não	41	53,2

Fonte: a autora (2024)

Quanto aos interesses no domínio aprendizagem precoce, 29,9% relataram interesse em conhecer como sobre fases do desenvolvimento infantil e como estimula-las adequadamente e 41,6 não demonstrou interesse no assunto (Tabela 8).

Tabela 8 – Assuntos/temas de interesse dos cuidadores relacionadas aos cuidados às crianças em instituições de acolhimento no domínio sobre aprendizagem precoce da criança. Recife-PE, 2024.

Variáveis	n	%
Como estabelecer disciplina/rotina		
Sim	2	2,6
Não	75	97,4
Fases do desenvolvimento infantil e como estimulá-lo		
Sim	23	29,9
Não	54	70,1
Lidar com crianças que apresentem transtorno mental/déficit cognitivo		
Sim	12	15,6
Não	65	84,4
Nenhuma alternativa		
Sim	6	7,8
Não	71	92,2
Nenhuma alternativa		
Sim	32	41,6
Não	45	58,4

Fonte: a autora (2024)

Quanto ao formato da tecnologia educacional, 36% dos cuidadores optou pelo formato de cartilha. As tecnologias digitais, como aplicativo para *smartphone* foi citado por 35,1% dos cuidadores (Tabela 9):

Tabela 9 – Formato da tecnologia educativa segundo escolha dos cuidadores das crianças em instituições de acolhimento. Recife-PE, 2024.

Formato da tecnologia educacional	n	%
Cartilha	28	36,36
Folder	2	2,60
Manual	2	2,60
Gibi	2	2,60
Aplicativo para <i>smartphone</i>	27	35,06
Vídeo	15	19,48
Álbum seriado	1	1,30
Total	77	100,0

Fonte: a autora (2024)

Quanto a educação continuada, 61% dos cuidadores alegaram alguma dificuldade. Entre esses, 47,9% citaram o despreparo para o manejo dos cuidados em saúde e 37,5% a falta de momentos de capacitação/formação para os profissionais atuantes. Do total de participantes, 98,7% referiram interesse em capacitações e 100% em receber algum material educativo que lhes informasse sobre cuidados com crianças (Tabela 10).

Tabela 10 – Dificuldades e interesses dos cuidadores quanto a educação continuada. Recife-PE, 2024. (continua)

Fator avaliado	n	%
Dificuldade quanto ao preparo profissional		
Sim	47	61,0
Não	30	39,0
Agressividade		
Sim	5	10,4
Não	42	87,5
Vínculo emocional		
Sim	2	4,2
Não	46	95,8
Falta de capacitação		
Sim	18	37,5
Não	30	62,5
Cuidados em saúde		
Sim	23	47,9
Não	25	52,1
Participação em momentos capacitação		
Sim	42	54,5
Não	35	45,5

Tabela 10 – Dificuldades e interesses dos cuidadores quanto a educação continuada. Recife-PE, 2024. (conclusão)

Interesse em capacitações		
Sim	76	98,7
Não	1	1,3
Interesse em receber material educativo sobre cuidados com crianças		
Sim	77	100,0
Não	0,00	0,00

Fonte: a autora (2024)

5.1.2 Elaboração da cartilha educativa.

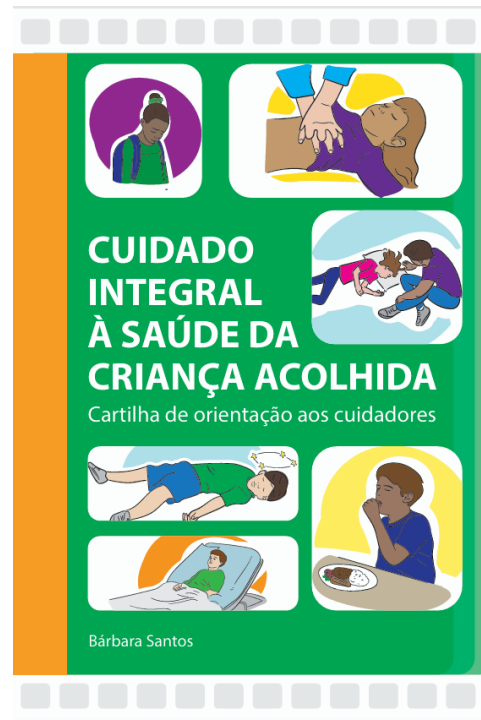
Embora os cuidados de criação propostos pela OMS e UNICEF sejam compostos de 5 domínios, a fim de elaborar um material mais objetivo e sucinto para o público-alvo, conforme o referencial metodológico para tecnologias impressas recomenda (Moreira, 2003), foram incorporados apenas dois domínios: saúde e segurança/proteção. Estes foram contemplados pelos dois temas de interesse mais prevalentes dos cuidadores – primeiros socorros (55%) e violência sexual (46,8%) – e os cuidados com manuseio de traqueostomia – 48,7%, a fim de alcançar especificamente cuidadores das unidades que atendem CRIANES.

A composição textual foi redigida pela autora, na fonte tamanho 14, com uma linguagem clara, compreensível, evitando-se termos técnicos e distantes do cotidiano, por meio de frases em tópicos e parágrafos curtos, utilizando, em tom de conversação, a voz a ativa para deixar claro as tomadas de decisão necessárias diante das situações, conforme recomenda Moreira (2003).

Quanto as ilustrações, optou-se utilizar ilustrações desenhadas de autoria original, elaboradas por um profissional *designer* gráfico, que pudessem representar as orientações de forma mais próxima, colorida e clara, evitando o excesso de imagens símbolos desnecessários que pudessem causar poluição visual. A capa (Figura 05) continha 5 ilustrações de crianças em situações as quais representavam os três temas abordados na cartilha e o título é destacado em uma fonte de fácil leitura, ideal para facilitar o entendimento e captar a atenção dos cuidadores.

Cada tema foi introduzido por uma situação problema, que teve como objetivo trazer identificação ao leitor quanto as situações comuns no cotidiano do acolhimento e despertar a curiosidade para leitura e solução dos problemas. Ao final de cada tema foi apresentado um *QRCode* que redirecionava a um conteúdo complementar disponível, como manuais e vídeos sobre a temática discorrida.

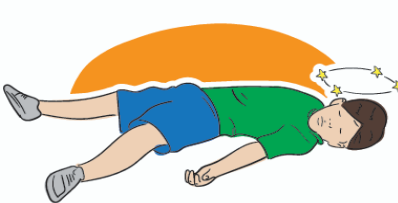
Figura 04 – Capa da cartilha de cuidado à saúde da criança acolhida direcionada aos cuidadores. Recife-PE, 2024.



Fonte: a autora (2024).

Para introduzir a abordagem aos temas, foi utilizado um texto de apresentação da cartilha aos cuidadores e uma primeira situação problema sobre primeiros socorros, fim de provocar o interesse inicial do leitor quanto a importância da cartilha para qualificação dos cuidados (Figura 6).

Figura 05 – Texto de apresentação e situação problema da cartilha “Cuidado a criança acolhida”. Recife-PE, 2024.

<p>Olá, cuidador (a)! Tudo bem?</p> <p>A função de acolher e cuidar não é fácil, tenho certeza no seu cotidiano com criança você passa por algumas situações difíceis relacionadas a saúde das crianças no acolhimento, não é?</p> <p>Esta cartilha foi criada por alunos e professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), para ajudá-lo a enfrentar as principais dificuldades vivenciadas no seu cotidiano nos cuidados à criança acolhida, com idade de 0 a 6 anos.</p> <p>O conteúdo deste material foi sugerido por cuidadores sociais, que disseram quais assuntos gostariam que estivessem nesta cartilha. Aqui você vai encontrar situações reais que podem acontecer no cotidiano com orientações sobre como agir em situações de emergência e até sobre como acolher melhor a criança vítima de violência.</p> <p>Cuidar exige conhecimento, paciência e empatia. Nós, enfermeiras, sabemos bem... Mas esperamos que as orientações desta cartilha possam facilitar o seu trabalho, tirando dúvidas e dando mais segurança na hora de cuidar de crianças vulneráveis.</p> <p>Boa leitura!</p>	<p><i>Um dia comum do seu plantão, com poucos cuidadores na casa, de repente você ouve o grito de um acolhido: "fulaninho" caiu e bateu a cabeça e desmaiou!</i> trocar por "José caiu, bateu a cabeça e desmaiou!.."</p>  <p>O que você faria?</p> <p>Acorda a criança? Joga água? Verifica se está respirando? Liga para o SAMU? Não deixa dormir? Coloca gelo?</p> <p>Difícil, não é?</p> <p>Calma... ao final desta cartilha você será capaz de saber como agir nesta e em outras situações semelhantes, como engasgo e convulsões, que ocorrem no seu dia-a-dia com a criança de 0 a 6 anos!</p> <p>Vamos lá!</p>
---	---

Fonte: a autora (2024).

O primeiro tema, traqueostomia, inicia-se com uma situação problema de uma criança chamada Arthur, o qual o traqueóstomo é expelido acidentalmente, e perguntado ao leitor “O que você faria?”. Em seguida é apresentado ao leitor tópicos importantes sobre o tema como “Quais as partes que têm o traqueóstomo?”; “Quais os cuidados gerais que precisamos ter com o traqueóstomo?”; “E se o traqueóstomo sair, como no caso de Arthur?”; “Como limpar a traqueostomia?” e “Como trocar o cadarço?”

Figura 06 – Sessão traqueostomia da cartilha “Cuidado a criança acolhida”. Recife-PE, 2024.

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA - Livro de orientação aos cuidadores

2. Deixe a cabeceira da cama ou berço sempre elevada para evitar o acúmulo de secreções na cânula e no pulmão (imagem da cabeceira elevada), **retirar**.

3. No banho, proteja para que não entre água. Prefira limpar com um pano com água e sabão ao redor.

4. Observe sempre se o cadarço não está frouxo, para que acidentalmente a TQT não saia como no caso de Arthur!

Como limpar a traqueostomia?


Realize sempre antes das refeições, não depois. Pois durante a limpeza a criança pode regurgitar (colocar pra fora o alimento do estômago) e engasgar.

Se a traqueostomia tiver cânula subcânica:

1. Lave bem as mãos;
2. Calce as luvas;
3. Retire a parte de dentro, com cuidado;
4. Lave bastante com água corrente e sabão, se necessário, utilize uma escovinha, cotonete ou disce de melho em água morna limpa para facilitar a remoção da sujeira;
5. Seque e coloque novamente a subcânica interna até ouvir o “clic” da trava;
6. Limpe a parte de fora com um pano limpo, utilizando água e sabão ou soro fisiológico 0,9%;
7. Troque a gaze que fica entre o tubo e a pele;
8. Troque o cadarço em dupla com outro colega, se estiver sujo ou moído;

08

TRAQUEOSTOMIA



Válvula para injetar ou retirar o ar do balão interno

CÂNULA EXTERNA

BALONETE EXTERNO

- O balonete externo deve estar sempre cheio, isso mostra que o balão interno (cuff) também está;
- Somente profissionais da saúde podem manusear o balonete externo e interno;
- Se o balonete externo estiver murcho, esvaziando, é sinal que o traqueóstomo pode sair facilmente. Segure o traqueóstomo e leve a criança ao hospital.


Quais as partes que têm o traqueóstomo?


- Tente colocar novamente e cânula nova e limpa, se houver;
- Se estiver com dificuldade chame o SAMU ou leve imediatamente a criança ao hospital;
- Se conseguir recolocar, ainda assim, leve a criança ao hospital para verificar se está tudo certo.


Quais os cuidados gerais que precisamos ter com o traqueóstomo?


1. Lave bem as mãos


- Na TQT o ar passa da traqueia direto para os pulmões, isso pode aumentar o risco de infecções respiratórias na criança;
- É importante lavar as mãos muito bem com água e sabão, antes e depois do manuseio;



 Passe sabão e molhe com água


 Esfregue a palma de cada mão


 Esfregue entre os dedos


 Esfregue o polegar de cada mão


 Lave o dorso de cada mão


 Lave os punhos

07

Fonte: a autora (2024).

O segundo tema, primeiros socorros abrangeu os acidentes de maior interesse pelos cuidadores, engasgo (36,4%), convulsão (6,5%), queda (26%). Foi abordado engasgo parcial e total, manobras de desobstrução de vias aéreas em crianças maiores de 1 ano e menores de 1 ano (figura 8). Para o subtema convulsão foi utilizada a situação problema de Alice, 6 anos, que apresenta convulsão febril, em então orienta-se as condutas através das perguntas ao leitor “O que fazer no caso de Alice?” e recomendado o que não se deve fazer. E para queda, foi utilizado o caso de Maria Júlia que sofre uma queda com concussão na cabeça, e em seguida é perguntado ao leitor: o que fazer?; E se Júlia estiver sangrando?; e se Júlia tivesse perdido a consciência/desmaiado logo após a queda?; a criança vomitou? teve convulsão? Febre? Apresenta hematomas atrás da orelha ou ao redor dos olhos?

Figura 07 – Subtemas primeiros socorros da cartilha “Cuidado à criança acolhida”. Recife-PE, 2024.


PRIMEIROS SOCORROS

CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO:

Situação 3: Davi, um bebê de 7 meses, na hora do almoço, se engasga com um pedacinho de batata. Não respira e está ficando amareado.

Neste caso, Davi teve um engasgo total! Já vimos o que fazer nestas situações em crianças maiores, mas e se acontecer com um bebê menor de 1 ano?

O que fazer?





1. Peça para alguém chamar o SAMU no número 192.
2. Coloque a criança de barriga para baixo em seu antebraço, com a cabeça mais baixa que o corpo e a boca aberta;
3. Bata 5 vezes entre os dois ossinhos no meio das costas;
4. A criança deve colocar o alimento/objeto para fora;
5. Caso isso não aconteça, vire o bebê de frente ainda deitado e tente ver o alimento/objeto na garganta;
6. Consegue ver? Retire com a mão, mas cuidado para não empurrar mais ainda.
7. Se não conseguir ver, não retire.

O alimento ainda está preso?




Vire o bebê de frente e mantenha a cabeça mais baixa que o corpo;

Empurre o tórax com seus dois dedos entre os mamilos do bebê;

Repita esta sequência até o objeto sair ou até chegar no pronto socorro!

O objeto foi expelido? A criança começou a chorar?

Ufal! Coloque a criança de lado e a acalme.

13

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA

Convulsão

Situação 4: Alice tem 6 anos, está com gripe há 2 dias e uma febre de 39,8°C que não baixava. De repente, perdeu a consciência, começou a revirar os olhos, salivar bastante e tremer todo o corpo.

A convulsão acontece quando o sistema nervoso da criança é acometido por alguma alteração.

Como você viu no caso acima, a febre é a principal causa de convulsão na criança, mas também pode ser causada por outras doenças como epilepsia ou infecções.

Geralmente, duram 3 a 5 minutos e não deixam sequelas, mas é importante ter alguns cuidados no momento da crise e depois.

O que fazer no caso de Alice?



1. Mantenha a calma;
2. Proteja a criança para que não caia e se machuque;
3. Coloque-a deitada no chão;
4. Evite que a criança se machuque: coloque uma almofada ou objeto macio embaixo da cabeça;
5. Vire a cabeça da criança de lado, para evitar que ela engasgue com saliva;
6. Folgue as roupas;
7. Leve a criança a emergência.

14

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA

QUEDA

Situação 5: Maria Júlia, 5 anos, estava brincando na sala, quando de repente escorrega no piso molhado, cai e bate a cabeça. Na hora, começa a chorar, a cuidadora coloca gelo. Pouco tempo depois, Júlia fica bastante sonolenta e irritada.

O que fazer?



1. Observe o local que machucou;
2. Se não estiver sangrando, coloque compressa de gelo no local. Isso ajuda a aliviar a dor e inchaço.

E se Júlia estiver sangrando?



1. Lave o sangramento com soro fisiológico ou água corrente e sabão;
2. Não coloque nada no local após a lavagem;
3. Pressione o sangramento com um pano limpo ou gaze e esparadrapo;
4. Leve ao hospital para avaliação.

E se Júlia tivesse perdido a consciência/desmaiado logo após a queda?



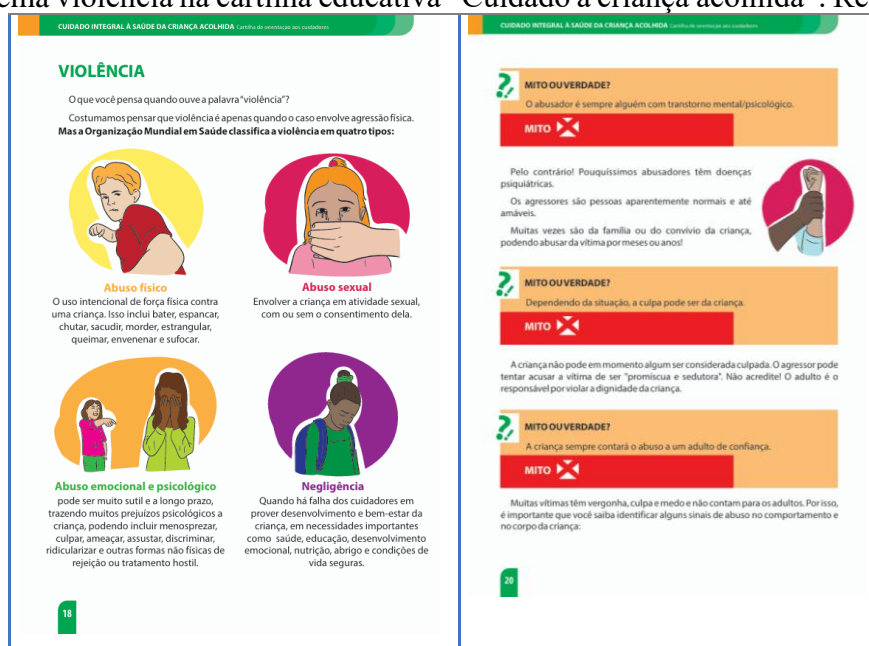
1. Leve imediatamente a urgência ou ligue para o SAMU 192;
2. Fique atento se ela parou de respirar ou se o coração parou de bater;
3. Não jogue água nem qualquer outra coisa no rosto dela;

16

Fonte: a autora (2024)

Quanto ao tema violência, iniciou-se o abordando os tipos de violência e em seguida violência sexual, utilizou-se a metodologia “mito ou verdade” a fim de desconstruir estigmas sociais sobre o tema, facilitar a identificação com o público-alvo e sua compreensão. Foram abordados nesta metodologia os mitos: o abuso sexual é apenas quando há o ato sexual; o abusador é sempre alguém com transtorno mental/psicológico; dependendo da situação, a culpa pode ser da criança; a criança sempre contará o abuso a um adulto de confiança, a partir disto foram percorridas as “verdades” em cada tópico e em seguida orientações sobre sinais de abuso e como lidar com a criança vítima.

Figura 8 – Tema violência na cartilha educativa “Cuidado á criança acolhida”. Recife-PE, 2024.



Fonte: a autora (2024)

5.2 AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E APARÊNCIA DA CARTILHA

Para a organização dos resultados, optou-se por apresentar a categorização dos juízes por classe profissional e os resultados da avaliação do conteúdo e aparência de cada uma das seções da cartilha (primeiros socorros, traqueostomia e violência) separadamente, considerando-se as respostas de todos os juízes, independentemente da categoria profissional. Nessa seção foram apresentadas também as sugestões dos juízes acerca do conteúdo e da aparência de cada seção da cartilha.

5.2.1 Caracterização dos Juízes

Os juízes que participaram da avaliação possuíam formação profissional na área da enfermagem (06), psicologia (03) e design (06) totalizando 15 juízes especialistas.

Entre os enfermeiros, cinco eram do gênero feminino, a idade média dos juízes foi de 52 anos (Desvio padrão=17,2; Valor máximo=71; Valor mínimo=30). Quatro enfermeiros referiram atuar na docência, em Instituição de Ensino Superior Pública. Sobre o município de trabalho, houve um representante de cada município: Jataí-GO; Rio de Janeiro-RJ; Salvador-BA; São Luís-MA; São Paulo-SP; Vitória-ES. Acerca do tempo de formação, cinco enfermeiros referiram ter mais de 10 anos de formado. A respeito das titulações acadêmicas, cinco eram especialistas, todos eram mestres e cinco eram doutores. Três possuíam mestrado com dissertação na área da saúde da criança e cinco desenvolveram tese nessa área (Tabela 11).

Tabela 11– Caracterização dos juízes enfermeiros da avaliação do conteúdo e aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores (n=6). (continua)

Variáveis	n=6
Gênero	
Masculino	1
Feminino	5
Idade	
< 52 anos	3
≥ 52 anos	3
Ocupação	
Docência	4
Assistência	1
Outro	1
Local de trabalho	
Instituição de Ensino Superior Pública	4
Hospital/clínica/ambulatório	1
Outro	1
Município de trabalho	
Jataí-GO	1
Rio de Janeiro-RJ	1
Salvador-BA	1
São Luís-MA	1
São Paulo-SP	1
Vitória-ES	1
Tempo de formação (anos)	
5 a 10	1
> 10	5
Especialização na área da saúde da criança	
Sim	5
Não	1
Mestrado	
Sim	6
Não	-
Mestrado com dissertação na área da saúde da criança	
Sim	3
Não	3
Doutorado	
Sim	5
Não	1
Doutorado com tese na área da saúde da criança	
Sim	5
Não	1
Ministra ou ministrou aula em disciplinas relacionadas a saúde da criança	

Tabela 11– Caracterização dos juízes enfermeiros da avaliação do conteúdo e aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores (n=6). (conclusão)

Variáveis	n=6
Sim	6
Não	-
Projeto de extensão na área da saúde da criança nos últimos 5 anos	
Sim	3
Não	3
Pesquisa na área da saúde da criança nos últimos 5 anos	
Sim	1
Não	5
Produção de artigo científico com temática relacionada à saúde da criança	
Sim	6
Não	-
Participação em banca avaliadora em trabalhos acadêmicos relacionados a saúde da criança	
Sim	5
Não	1
Trabalhos premiados na área da saúde da criança	
Sim	4
Não	2

Fonte: a autora (2024)

Em relação aos juízes com formação em psicologia, todos eram do gênero feminino, dois tinham menos de <33 anos. A respeito da ocupação, duas participantes referiram atuar como psicólogas e uma afirmou realizar atendimento clínico/hospitalar. Sobre o local de trabalho, duas mencionaram que trabalhavam em hospital/clínica/ambulatório e uma em instituição de acolhimento. Os municípios de trabalho foram: Mogi Guaçu-SP, Rio de Janeiro-RJ e Salvador-BA

Em relação ao tempo de formação, uma tinha menos de 5 anos, uma entre 5 e 10 anos, e a terceira mais de 10 anos. No que se refere à titulação acadêmica, todas eram especialistas na área da psicologia infantil e nenhuma referiu ter mestrado e doutorado. Uma psicóloga afirmou que ministra ou ministrou aula em disciplinas relacionadas à psicologia infantil. Sobre os demais tipos de produção, nenhuma tinha desenvolvido projeto de extensão ou artigos na área de violência e/ou psicologia infantil, assim como nenhuma delas mencionou ter participado de banca avaliadora em trabalhos acadêmicos ou ter tido trabalhos premiados sobre essas temáticas. Porém, uma participante afirmou ter realizado pesquisa na área da psicologia infantil nos últimos cinco anos (Tabela 12).

Tabela 12 – Caracterização dos juízes psicólogos que participaram da análise do conteúdo e aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (continua)

Variáveis	(n=3)
Gênero	
Masculino	-
Feminino	3
Idade* (anos)	
< 33	2
≥ 33	1
Ocupação	
Psicóloga/Psicólogo em acolhimento	2
Atendimento clínico/hospitalar	1
Local de trabalho	
Instituição de acolhimento	1
Hospital/clínica/ambulatório	2
Município de trabalho	
Mogi Guaçu-SP	1
Rio de Janeiro-RJ	1
Salvador-BA	1
Tempo de formação	
< 5 anos	1
5 a 10 anos	1
> 10 anos	1
Especialização na área da psicologia infantil	
Sim	3
Não	-
Mestrado	
Sim	3
Não	-
Mestrado com dissertação na área de violência e/ou psicologia infantil	
Sim	-
Não	3
Doutorado	
Sim	-
Não	3
Doutorado com tese na área de violência e/ou psicologia infantil	
Sim	-
Não	3
Ministra ou ministrou aula em disciplinas relacionadas à psicologia infantil	
Sim	1
Não	2

Tabela 12 – Caracterização dos juízes psicólogos que participaram da análise do conteúdo e aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (conclusão)

Variáveis	(n=3)
Projeto de extensão na área de violência e/ou psicologia infantil nos últimos 5 anos	
Sim	-
Não	3
Pesquisa na área da psicologia infantil nos últimos 5 anos	
Sim	1
Não	2
Tempo de experiência na área de violência e/ou psicologia infantil (anos)	
3 a 5	1
> 10	2
Produção de artigo científico com temática relacionada à violência e/ou psicologia infantil	
Sim	-
Não	3
Participação em banca avaliadora em trabalhos acadêmicos relacionados a temática de violência e/ou psicologia infantil	
Sim	-
Não	3
Trabalhos premiados na área de violência e/ou psicologia infantil	
Sim	-
Não	3

Fonte: a autora (2024).

Um total de seis juízes *designers* participaram do estudo, cinco deles do gênero masculino. A idade média foi de 36,7 anos (Desvio padrão= 13,2; Valor máximo=63,0; Valor mínimo=27,0), Cinco estavam na faixa etária menor que 36 anos. Com relação à ocupação, cinco mencionaram ter outra ocupação diferente da docência/educação, sendo o local de trabalho de quatro deles a empresa privada. Acerca do município de trabalho, três trabalhavam em Recife-PE. Sobre o tempo de formação, três referiram ter mais de 10 anos de formados. A respeito do tempo de experiência na área, três mencionaram ter 5 a 10 anos de experiência e três mais de 10 anos. Acerca das titulações acadêmicas, quatro eram especialistas, um possuía mestrado e um doutorado (Tabela 13).

Tabela 13 – Caracterização dos juízes *designers* que participaram da análise da aparência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Variáveis	(n=6)
Gênero	
Masculino	5
Feminino	1
Idade (anos)	
< 36	5
≥ 36	1
Ocupação	
Docência/educação	1
Outra	5
Local de trabalho	
Empresa privada	4
Autônomo	1
Instituição de Ensino Superior Pública	1
Município de trabalho	
Recife-PE	3
São Paulo-SP	1
Niterói-RJ	1
Recife-PE e São Paulo-SP	1
Tempo de formação (anos)	
< 5	1
5 a 10	2
> 10	3
Tempo de experiência na área (anos)	
5 a 10	3
> 10	3
Especialização	
Sim	4
Não	2
Mestrado	
Sim	1
Não	5
Doutorado	
Sim	1
Não	5

Fonte: a autora (2024)

5.2.2 Primeiros socorros: avaliação de conteúdo e de aparência

A análise da concordância entre os juízes em relação ao conteúdo da seção sobre primeiros socorros da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas

evidenciou que todos os itens individuais apresentaram um I-CVI igual a 1,00, indicando concordância total entre os juízes (Tabela 18).

Em relação aos domínios do instrumento todos os IVCs foram superiores a 0,80, O SVI-Ave do conteúdo da seção primeiros socorros da cartilha foi de 1,00, evidenciando a concordância de todos os juízes em relação à adequação do conteúdo dessa seção (Tabela 14).

Tabela 14- Avaliação dos juízes acerca do conteúdo da seção a respeito de primeiros socorros, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Itens avaliados	n=06(%)*	SCVI/UA	I-CVI †
Primeiros Socorros			
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	6 (100)	100%	1,00
1. Contempla tema proposto	6 (100)	100%	1,00
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	6 (100)	100%	1,00
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	6 (100)	100%	1,00
4. Proporciona reflexão sobre o tema	6 (100)	100%	1,00
5. Incentiva mudança de comportamento	6 (100)	100%	1,00
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégias, coerência e suficiência	6 (100)	100%	1,00
6. Linguagem adequada ao público-alvo	6 (100)	100%	1,00
7. Linguagem apropriada ao material educativo	6 (100)	100%	1,00
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	6 (100)	100%	1,00
9. Informações corretas	6 (100)	100%	1,00
10. Informações objetivas	6 (100)	100%	1,00
11. Informações esclarecedoras	6 (100)	100%	1,00
12. Informações necessárias	6 (100)	100%	1,00
13. Sequência lógica das ideias	6 (100)	100%	1,00
14. Tema atual	6 (100)	100%	1,00
15. Tamanho do texto adequado	6 (100)	100%	1,00
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	6 (100)	100%	1,00
16. Estimula o aprendizado	6 (100)	100%	1,00
17. Contribui para o conhecimento na área	6 (100)	100%	1,00
18. Desperta interesse pelo tema	6 (100)	100%	1,00
		SVI-Ave §	1,00

Fonte: a autora (2024)

*Percentual de concordância no item;; †IVA-I= Índice de Validação de Aparência para cada item;

§IVA-T= Índice de Validação de Aparência Total

A análise da avaliação da aparência da seção sobre primeiros socorros da cartilha evidenciou que todos os itens individuais apresentaram IVA-I superior a 0,80. O IVA-T da seção sobre primeiros socorros da cartilha foi de 0,91, indicando a concordância de todos os juízes (Tabela 15).

Tabela 15 – Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção a respeito de primeiros socorros, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Itens avaliados	n=12 (%)*	IVA-I†
Primeiros Socorros		
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo	11 (91,7)	0,91
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	11 (91,7)	0,91
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	11 (91,7)	0,91
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	11 (91,7)	0,91
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	11 (91,7)	0,91
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.	11 (91,7)	0,91
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	10 (83,3)	0,83
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	11 (91,7)	0,91
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.	11 (91,7)	0,91
10. As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.	11 (91,7)	0,91
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	11 (91,7)	0,91
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.	11 (91,7)	0,91
IVA-T§		0,91





Fonte: a autora (2024)

*Percentual de concordância no item; ‡ IVA-I= Índice de Validação de Aparência para cada item; § IVA-T= Índice de Validação de Aparência Total

O Quadro 8 apresenta a sugestão de cada um dos juízes, enfermeiros e designers, sobre o conteúdo e a aparência da seção sobre primeiros socorros. Embora o conteúdo e a aparência da seção sobre primeiros socorros tenham sido considerados adequados, as sugestões dos juízes foram avaliadas pela equipe de pesquisa e acatadas, quando se julgou que auxiliariam na clareza da informação e em concordância com a literatura da área.

Quadro 8 – Sugestões dos juízes sobre o conteúdo e aparência da seção primeiros socorros da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Item enviado aos juízes	Sugestões dos juízes	Item modificado
Juízes enfermeiros		
- <i>Se não conseguir ver, não retire</i>	Pág. 09: <i>“Item 7. ‘Se não conseguir ver, não retire.’ Sugiro trocar o ‘não retire’ por ‘não tente retirar’.” JE1</i>	Se não conseguir ver, não tente retirar.
	<i>“Na página 17, finalizando o tema é apresentado um link do Ministério da Saúde para maiores esclarecimentos sobre o mesmo. No entanto, quando se tenta visitar o link, surge a informação de que “esta página não existe’.” JE1</i>	Atualizou-se o QR Code para o redirecionamento para uma lista de links em uma “nuvem” que poderão ser atualizados periodicamente pela autora.
- Vire o bebê de frente e mantenha a cabeça mais baixa que o corpo; Empurre o tórax com seus dois dedos entre os mamilos do bebê; . Repita esta sequência até o objeto sair ou até chegar no pronto socorro! O objeto foi expelido? A criança começou a chorar? Ufa! Coloque a criança de lado e a acalme. (pág. 09)	Pág. 09: <i>“No item 2, é feita uma menção às manobras de compressões torácicas orientadas no tópico engasgo total, mas não é ensinada uma forma de ventilar a criança, posto que a situação apresentada é de parada cardiorrespiratória. Sugiro acrescentar.” JE1</i>	Não acatado. Nos primeiros socorros, atualmente, não é recomendada a ventilação “boca-a-boca” por leigos ou profissionais da saúde (AHA, 2020)
	<i>“Seria fundamental que os educadores, cuidadores fossem incentivados a investigar o que desencadeou o acidente, ocorrência, ou seja, aprender a construir e empregar a chamada árvore de causas: o que foi necessário e suficiente para a ocorrência do acidente, fato ocorrido? Como evitar outros?” JE1</i>	Pertinente, todavia não é objetivo da cartilha que se propõe a fornecer apoio informativo aos cuidadores acerca dos temas elencados.

	<p><i>“Julgo que a sequência dos temas não é a mais coerente. Sugiro iniciar pela queda e terminar com convulsão e traqueostomia. JE5</i></p>	<p>Foram alteradas a sequência das sessões para: Primeiros socorros, traqueostomia e violência.</p>
 <p>(Pág.07)</p>  <p>(Pág.10)</p>	<p><i>As imagens em especial das páginas 07, 10, 12 (parece mais um adolescente); e da página 21.” JE5</i></p>	 <p>(Pág.07)</p>  <p>(Pág.10)</p>



(Pág. 12)



(Pág. 12)

Nessa ilustração foi acrescentado o cabelo para caracterizar melhor uma criança.






(Pág.21)



(Pág.21)

<p>O alimento ainda está preso?</p>  <p>Vire o bebe de frente e mantenha a cabeça mais baixa que o corpo;</p> <p>Empurre o tórax com seus dois dedos entre os mamilos do bebê;</p> <p>Repita esta sequência até o objeto sair ou até chegar no pronto socorro!</p> <p>(Pág. 09)</p> <p>- Crianças com histórico de convulsão febril repetidas, devem seguir recomendações médicas.</p> <p>- E se Júlia tivesse perdido a consciência/desmaiado logo após a queda?</p>	<p><i>“Detalhe mínimo: Na parte ‘O alimento ainda está preso?’, o texto da ilustração da direita ultrapassa bastante a margem de segurança para texto, quase tocando na extremidade da página. Diminuir bem pouco as ilustrações e trazer o texto um pouco mais para a esquerda - dentro do limite das linhas (acima e abaixo) já resolve. Há um erro de escrita na palavra "repetidas" na p.15. Na página 16, acredito que o tempo verbal correto seria "E se Júlia tiver perdido...". O QR CODE da p.17 não abre. JD1</i></p>	<p>O alimento ainda está preso?</p>  <p>Vire o bebe de frente e mantenha a cabeça mais baixa que o corpo;</p> <p>Empurre o tórax com seus dois dedos entre os mamilos do bebê;</p> <p>Repita esta sequência até o objeto sair ou até chegar no pronto socorro!</p> <p>(Pág. 09)</p> <p>Crianças com histórico de convulsão febril repetidas, devem seguir recomendações médicas.</p> <p>E se Júlia tiver perdido a consciência/desmaiado logo após a queda?</p>
<p>Empurre o tórax com seus dois dedos entre os mamilos do bebê (pág 09);</p>	<p><i>Na parte do engasgo do bebê o texto "Empurre o tórax com seus dois dedos..." não informa se devo empurrar para baixo ou para cima, talvez seja interessante adicionar essa informação. JD2</i></p>	<p>Comprima o tórax com seus dois dedos entre os mamilos do bebê;</p>
<p>Existem 2 tipos de engasgos:</p> <p>1. Engasgo total: a criança não consegue respirar nem tossir, vai perdendo o fôlego, ficando pálida e com coloração arroxeadas;</p> <p>2. Engasgo parcial: a criança consegue respirar e tossir, tentando colocar o alimento/objeto para fora</p> <p>(pág. 10)</p>	<p><i>"Na página 10, inverteria a posição no local que tem a explicação de engasgo total e parcial. Logo abaixo tem uma caixa de pergunta e seria interessante que os dois tivessem na mesma ordem para manter uma coerência, sendo primeiro o parcial e depois o total. Essa troca de ordem acaba dificultando o entendimento e</i></p>	<p>Existem 2 tipos de engasgos:</p> <p>1. Engasgo parcial: a criança consegue respirar e tossir, tentando colocar o alimento/objeto para fora;</p> <p>2. Engasgo total: a criança não consegue respirar nem tossir, vai perdendo o fôlego, ficando pálida e com coloração arroxeadas;</p>

	<p>pode confundir o usuário na resposta.” JD3</p>	
<div data-bbox="150 316 488 470"> <p> Neste caso, Roberta teve qual tipo de engasgo?</p> <p><input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial</p> </div> <div data-bbox="510 300 801 470">  </div> <div data-bbox="150 483 801 598"> <p> Correto! Engasgo total, pois Roberta não conseguia falar, respirar e estava ficando arroxeada. Nestes casos, criança geralmente coloca a mão no pescoço!</p> </div>	<p>“Na página 11, colocaria a resposta em outro lugar, talvez na página seguinte. Quando vem logo em baixo, perde-se o sentido de ser uma pergunta.” JD3</p>	<p>Não foi possível, pois alteraria significativamente o layout ilustrativo e textual do restante da cartilha.</p>

(pág 11)

Fonte: a autora (2024)

5.2.3. Traqueostomia: avaliação de conteúdo e aparência

A análise avaliação dos juízes em relação ao conteúdo da seção sobre traqueostomia da cartilha evidenciou que todos os itens individuais apresentaram um Índice de Validade de Conteúdo (I-CVI) superior a 0,80. O item sobre a "sequência lógica das ideias", obteve um I-CVI ligeiramente menor (0,83) em comparação aos demais, no entanto, esse valor ainda superou o ponto de corte estabelecido para a concordância (Tabela 16).

Em relação aos domínios do instrumento, todos os IVCs foram superiores a 0,80. O Índice de Validação de Conteúdo por Escala (SVI-Ave) do conteúdo da seção traqueostomia da cartilha foi de 0,99, evidenciando a concordância de todos os juízes em relação à adequação do conteúdo dessa seção (Tabela 16).

Tabela 16 – Avaliação dos juízes acerca do conteúdo a respeito da traqueostomia, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (continua)

Itens avaliados	n=06 (%)*	SCVI/UA	I-CVI †
Traqueostomia			
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	6 (100)	100%	1,00
1. Contempla tema proposto	6 (100)	100%	1,00
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	6 (100)	100%	1,00
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	6 (100)	100%	1,00
4. Proporciona reflexão sobre o tema	6 (100)	100%	1,00
5. Incentiva mudança de comportamento	6 (100)	100%	1,00
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégias, coerência e suficiência	5 (83,3)	83,3%	0,98
6. Linguagem adequada ao público-alvo	6 (100)	100%	1,00
7. Linguagem apropriada ao material educativo	6 (100)	100%	1,00
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	6 (100)	100%	1,00
9. Informações corretas	6 (100)	100%	1,00
10. Informações objetivas	6 (100)	100%	1,00
11. Informações esclarecedoras	6 (100)	100%	1,00
12. Informações necessárias	6 (100)	100%	1,00
13. Sequência lógica das ideias	5 (83,3)	83,3%	0,83
14. Tema atual	6 (100)	100%	1,00
15. Tamanho do texto adequado	6 (100)	100%	1,00

Tabela 16 – Avaliação dos juízes acerca do conteúdo a respeito da traqueostomia, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (conclusão)

Itens avaliados	n=06 (%)*	SCVI/UA	I-CVI †
Traqueostomia			
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	6 (100)	100%	1,00
16. Estimula o aprendizado	6 (100)	100%	1,00
17. Contribui para o conhecimento na área	6 (100)	100%	1,00
18. Desperta interesse pelo tema	6 (100)	100%	1,00
		SVI-Ave§	0,99

Fonte: a autora (2024)

*Percentual de concordância no item; †I-CVI = Item-Level Content Validity Index; ** Índice de Validação de Conteúdo por Escala/UA; ‡Teste binomial (proporção de 80%); § SVI-Ave= Índice de Validação de Conteúdo por Escala/Ave.

A análise da avaliação dos juízes em relação à aparência da seção sobre traqueostomia da cartilha evidenciou que todos os itens individuais apresentaram um Índice de Validação de Aparência (IVA-I) superior a 0,80. O item "as ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção" obteve um IVA-I ligeiramente menor (0,83) em comparação aos demais; contudo, esse valor foi superior ao ponto de corte estabelecido para a concordância (Tabela 17).

O Índice de Validação de Aparência Total (IVA-T) da seção sobre traqueostomia da cartilha foi de 0,93, indicando a concordância de todos os juízes em relação à adequação da aparência dessa seção (Tabela 17).

Tabela 17 – Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção traqueostomia, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (continua)

Itens avaliados	n=12 (%)*	IVA-I†
Traqueostomia		
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo	11(91,7)	0,91
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	11(91,7)	0,91
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	11(91,7)	0,91
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	11(91,7)	0,91
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	11(91,7)	0,91
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.	10(83,3)	0,83

Tabela 17 – Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção traqueostomia, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (conclusão)


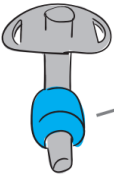
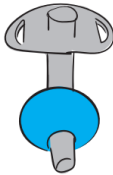
Itens avaliados	n=12 (%)*	IVA-I†
Traqueostomia		
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	11(91,7)	0,91
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	11(91,7)	0,91
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.	12 (100)	1,00
10. As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.	11(91,7)	0,91
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	12 (100)	1,00
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.	12 (100)	1,00
IVA-T§		0,93

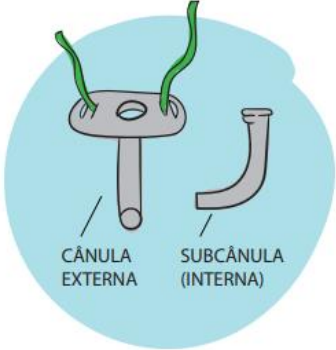
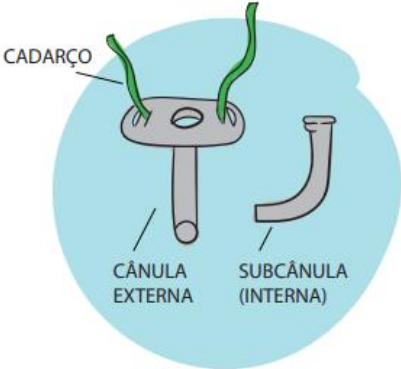
Fonte: a autora (2024).

*Percentual de concordância no item; †IVA-I= Índice de Validação de Aparência para cada item; §IVA-T= Índice de Validação de Aparência Total

O Quadro 9 apresenta a sugestão de cada um dos juízes designers, sobre a conteúdo e aparência da seção traqueostomia. Não houve contribuição dos juízes enfermeiros nesta seção. Embora o conteúdo e a aparência da seção sobre traqueostomia tenham sido considerados adequados, as sugestões dos juízes foram avaliadas pela equipe de pesquisa e acatadas, quando se julgou que auxiliariam na clareza da informação e em concordância com a literatura da área.

Quadro 9 – Sugestões dos juízes sobre o conteúdo e a aparência da seção traqueostomia da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Item enviado aos juízes	Sugestões dos juízes	Item modificado
Juízes Designers		
-	<p><i>“O texto carece de vários pequenos ajustes de diagramação (alinhamentos, justificação de texto, etc). O QR Code está desativado.”</i> JD1</p>	<p>Foram realizados ajustes de padronização textual no decorrer da cartilha. Atualizou-se o QR Code para o redirecionamento para uma lista de links em uma “nuvem” que poderão ser atualizados periodicamente pela autora. A seguir:</p> <p>Para mais sobre este assunto, acesse a nossa lista de links no QR Code abaixo.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>Sugestão acatada:</p>
-	<p><i>“Acredito que talvez fosse interessante inserir ilustrações mostrando a diferença entre o balonete cheio e vazio.”</i> JD1</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>BALONETE VAZIO</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>BALONETE CHEIO</p> </div> </div>
<p>Mas você sabe o que é uma traqueostomia? Já viu uma?</p> <p>(pág. 06)</p>	<p><i>“Observaria os espaçamentos entre letras e entre as linhas de alguns blocos de texto. Em um dos títulos da página 06 “Mas você sabe o que é uma traqueostomia...” o espaço entre as letras está</i></p>	<p>Sugestão acatada.</p> <p style="text-align: center;">Mas você sabe o que é uma traqueostomia? Já viu uma?</p>

	<p><i>desconfigurado e acaba causando um estranhamento visual na página como um todo. JD2</i></p>	
 <p>The diagram shows a tracheostomy tube assembly. It consists of an external cannula (CÂNULA EXTERNA) and an internal cannula (SUBCÂNULA (INTERNA)). The internal cannula is inserted into the tracheostomy stoma, and the external cannula is attached to its outer end. The entire assembly is shown against a light blue circular background.</p>	<p>Pág. 06: <i>“Outro ponto que notei é que o termo “cadarço” não aparece em nenhuma ilustração, mas entendi que é importante saber onde fica o cadarço na traqueostomia.” JD3</i></p>	<p>Sugestão acatada.</p>  <p>This diagram is identical to the one in the previous row, but it includes an additional label 'CADARÇO' pointing to the top part of the internal cannula where it is secured to the tracheostomy stoma.</p>
	<p><i>“Chamou muita atenção por ser o primeiro tema abordado, bem mais específico que os outros e com detalhamento visual maior que os outros temas.” JD6</i></p>	<p>A ordem dos temas foi alterada para primeiros socorros, traqueostomia e violência.</p>

5.2.4 Violência: avaliação de conteúdo e aparência

A análise da avaliação dos juízes, enfermeiros e psicólogos, em relação ao conteúdo da seção sobre violência evidenciou que todos os itens individuais apresentaram um I-CVI igual a 1,00, indicando concordância total dos juízes em relação aos itens sobre o conteúdo dessa seção (Tabela 18).

Em relação aos domínios do instrumento utilizado para avaliar o conteúdo da seção sobre violência na cartilha pelos juízes, todos os IVCs foram superiores a 0,80, com $p > 0,05$, indicando a concordância dos participantes em relação à avaliação satisfatória do conteúdo da seção sobre violência. O SVI-Ave do conteúdo da seção sobre violência da cartilha foi de 1,00 (Tabela 18).

Tabela 18 – Avaliação dos juízes acerca do conteúdo a respeito da violência, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Itens avaliados	n=9 (%)*	SCVI/UA	I-CVI †
Violência			
OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	9 (100)	100%	1,00
1. Contempla tema proposto	9 (100)	100%	1,00
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem	9 (100)	100%	1,00
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado	9 (100)	100%	1,00
4. Proporciona reflexão sobre o tema	9 (100)	100%	1,00
5. Incentiva mudança de comportamento	9 (100)	100%	1,00
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégias, coerência e suficiência	9 (100)	100%	1,00
6. Linguagem adequada ao público-alvo	9 (100)	100%	1,00
7. Linguagem apropriada ao material educativo	9 (100)	100%	1,00
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo	9 (100)	100%	1,00
9. Informações corretas	9 (100)	100%	1,00
10. Informações objetivas	9 (100)	100%	1,00
11. Informações esclarecedoras	6 (100)	100%	1,00
12. Informações necessárias	6 (100)	100%	1,00

Tabela 18 – Avaliação dos juízes acerca do conteúdo a respeito da violência, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (conclusão)

Itens avaliados	n=9 (%)*	SCVI/UA	I-CVI †
Violência			
13. Sequência lógica das ideias	6 (100)	100%	1,00
14. Tema atual	6 (100)	100%	1,00
15. Tamanho do texto adequado	9 (100)	100%	1,00
RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	9 (100)	100%	1,00
16. Estimula o aprendizado	9 (100)	100%	1,00
17. Contribui para o conhecimento na área	9 (100)	100%	1,00
18. Desperta interesse pelo tema	9 (100)	100%	1,00
SVI-Ave§		1,00	

Fonte: a autora (2024)

*Percentual de concordância no item; †I-CVI = Item-Level Content Validity Index; ** Índice de Validação de Conteúdo por Escala/UA; § SVI-Ave= Índice de Validação de Conteúdo por Escala/Ave.

A análise da avaliação dos juízes, enfermeiros, psicólogos e designers, em relação à aparência da seção sobre violência indicou que todos os itens individuais apresentaram IVA-I igual ou superior a 0,80. O IVA-T da aparência da seção sobre violência da cartilha foi de 0,89, indicando a concordância de todos os juízes em relação à adequação da aparência da seção (Tabela 19).

Tabela 19 – Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção violência, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (continua)

Itens avaliados	n=14 (%)	IVA-I*
Violência		
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo	14 (93,3)	0,93
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.	13 (86,7)	0,87
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.	14 (93,3)	0,93
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	14 (93,3)	0,93
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.	13 (86,7)	0,87
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público-alvo da intervenção.	14 (93,3)	0,93
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.	13 (86,7)	0,87
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.	13 (86,7)	0,87

Tabela 19 – Avaliação dos juízes acerca da aparência da seção violência, da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. (conclusão)



Itens avaliados	n=14 (%)	IVA-I*
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.	14 (93,3)	0,93
10. As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.	12 (80,0)	0,80
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.	13 (86,7)	0,87
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público-alvo.	14 (93,3)	0,93
IVA-T§		0,89




Fonte: a autora (2024).

*Percentual de concordância no item; †IVA-I= Índice de Validação de Aparência para cada item; §IVA-T= Índice de Validação de Aparência Total.

O Quadro 3 apresenta a sugestão de cada um dos juízes, enfermeiros, psicólogos e designers, sobre o conteúdo e a aparência da seção sobre violência. Embora o conteúdo e a aparência da seção sobre violência tenham sido considerados adequados, as sugestões dos juízes foram avaliadas pela equipe de pesquisa e acatadas, quando se julgou que auxiliariam na clareza da informação e em concordância com a literatura da área.

Quadro 10 – Sugestões dos juízes sobre a aparência da seção violência da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Item enviado aos juízes	Sugestões dos juízes	Item modificado
Juízes enfermeiros		
Praticar atos sexuais... (pág. 19)	<i>“Na página 19, item 1, sugiro retirar o artigo "a" da frase 'Praticar atos sexuais...' ".JE1</i>	Praticar atos sexuais na presença da criança.
Explique à criança que ela pode contar com a equipe de acolhimento, que estão ali para protegê-la e ajudá-la no que ela precisar. (pág. 22)	Na página 22, item 6, sugiro rever a concordância verbal." JE1	Explique à criança que ela pode contar com a equipe de acolhimento, que está ali para protegê-la e ajudá-la no que precisar.
 <p>Abuso sexual Envolver a criança em atividade sexual, com ou sem o consentimento dela.</p>	<i>“o conceito de abuso sexual não é o mais correto. Rever essa informação, pois em outra página há a descrição correta de abuso sexual” JE5</i>	 <p>Abuso sexual Invasão física real ou ameaçada de natureza sexual, pela força, em condições de desigualdade ou ameaça.</p>
	<i>Adequado, mas o tema é complexo e exige formação continuada. JE6</i>	Não houve alterações.

<p>MITO OU VERDADE? O abusador é sempre alguém com transtorno mental/psicológico.</p> <p>MITO ❌</p> <p>Pelo contrário! Pouquíssimos abusadores têm doenças psiquiátricas.</p> <p>Os agressores são pessoas aparentemente normais e até amáveis.</p> <p>Muitas vezes são da família ou do convívio da criança, podendo abusar da vítima por meses ou anos!</p> 	<p><i>O tema "violência" é difícil de ilustrar, principalmente a "violência sexual", pois acaba trazendo imagens desagradáveis. No entanto, penso que poderia substituir a figura de punhos na página 20 por uma apresentando a cara de uma pessoa "normal". JE1</i></p>	<p>MITO OU VERDADE? O abusador é sempre alguém com transtorno mental/psicológico.</p> <p>MITO ❌</p> <p>Pelo contrário! Pouquíssimos abusadores têm doenças psiquiátricas.</p> <p>Os agressores são pessoas aparentemente normais e até amáveis.</p> <p>Muitas vezes são da família ou do convívio da criança, podendo abusar da vítima por meses ou anos!</p> 
<p>Juízes psicólogos</p>		
<p>Mas então, como lidar com a criança que sofreu violência?</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Respeite a vontade da criança. Pode ser muito difícil para a vítima contar a um adulto o que aconteceu, então não force uma conversa e a trate normalmente; 2. Acolha as necessidades da criança com responsabilidade e afeto: caso a criança queira se abrir com você, esteja disponível para ouvir; 3. Valorize a fala e escute com atenção: evite interrupções, para não quebrar a confiança da criança em você; 4. Em casos de violência sexual, deixe que a criança se expresse com suas próprias palavras: partes do corpo com os nomes que ela aprendeu; 5. Demonstre apoio por meio do contato físico com a vítima apenas se ela/ele assim o permitir: o contato físico pode fortalecer vínculos entre profissional e a criança; 6. Explique à criança que ela pode contar com a equipe de acolhimento, que estão ali para protegê-la e ajudá-la no que ela precisar. <p>(pág.22)</p>	<p><i>A imagem do menino sendo acolhido no setor Violência Sexual foi genial. Apesar das meninas sofrerem mais com este tipo de abuso, não podemos esquecer que os meninos também sofrem este tipo de violência, que devem poder falar sobre e terem suas dores acolhidas pelos adultos. JPI</i></p>	<p>Não houveram alterações.</p>
	<p><i>A escolha do tema foi de extrema importância, visto que, o índice de violência infantil só vem aumentando. JP2</i></p>	<p>Não houve alterações</p>

<i>Juízes designers</i>		
<p>pode ser muito sutil e a longo prazo... (pág. 18)</p> <p>Abuso sexual, ou violência sexual, é o segundo tipo de violência... (pág. 19)</p> <p>A cada 3 meninas, 1 será abusada antes dos 18 anos de idade (pág. 19)</p>	<p>No tópico "abuso emocional e psicológico" da p.18, iniciar o texto com letra maiuscula. Sugestão de correção na p.19: "Abuso sexual ou violência sexual é o segundo tipo...". JD1</p> <p>Cabe inserir a fonte do dado de que a cada 3 meninas, 1 será abusada antes dos 18? JD1</p>	<p>Pode ser muito sutil e a longo prazo...</p> <p>Abuso sexual ou violência sexual, é o segundo tipo de violência...</p> <p>Uma em cada três mulheres no mundo já sofreu violência física ou sexual (OMS,2021).</p>

Fonte: a autora (2024)


VIOLÊNCIA

Evite ✘

- Perguntar diretamente à criança sobre o agressor ou perguntar detalhes do ocorrido;
- Julgar, fazer comentários de alerta, indignação ou acusação, por exemplo: "Olha, você tem que tomar mais cuidado!"; "Que absurdo! Ele tem que pagar por tudo que fez com você!"; "Mas por que você não contou antes?"
- Demonstrar com expressões faciais sentimentos de desaprovação, raiva, indignação ou pena;
- Minimizar os sentimentos da criança "Isso não foi nada", "não precisa chorar" ou tratá-lo(a) como um(a) "coitadinho(a)".

→ É importante que crianças vítimas de violência sejam acompanhadas por especialistas habilitados para lidar com estas situações.

Para saber mais sobre os cuidados com a violência na infância, acesse o vídeo: "Você conhece as formas de violência contra crianças e adolescentes?" da UNICEF Brasil
<https://www.youtube.com/watch?v=n8Yt9r0W7Q>



23

(pág. 23)

Na p.23 há uma grande lacuna branca no início. JD1

Sugestão de correção p.23: "Que absurdo! Ele tem..."
 JD1


VIOLÊNCIA

Evite ✘

- Perguntar diretamente à criança sobre o agressor ou perguntar detalhes do ocorrido;
- Julgar, fazer comentários de alerta, indignação ou acusação, por exemplo: "Olha, você tem que tomar mais cuidado!"; "Que absurdo! Ele tem que pagar por tudo que fez com você!"; "Mas por que você não contou antes?"
- Demonstrar com expressões faciais sentimentos de desaprovação, raiva, indignação ou pena;
- Minimizar os sentimentos da criança "Isso não foi nada", "não precisa chorar" ou tratá-lo(a) como um(a) "coitadinho(a)".

→ É importante que crianças vítimas de violência sejam acompanhadas por especialistas habilitados para lidar com estas situações.

Para mais sobre este assunto, acesse a nossa lista de links no QR Code abaixo.



23

5.3 ANÁLISE SEMÂNTICA

A Tabela 20 apresenta a caracterização dos participantes (n=16) da análise semântica, os cuidadores. Dos profissionais 93,6% era do sexo feminino, 75% de cor parda, 43,7% casados ou solteiros, 56,2% evangélicos, 50% moram na região metropolitana do Recife, 62,4%. apresentavam ensino médio como escolaridade e quanto a renda 50% apresentaram renda de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 20 – Caracterização dos cuidadores que participaram da análise semântica cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. Recife-PE, 2024. (continua)

Variáveis	n=16	%
Sexo		-
Feminino	15	93,7
Masculino	1	6,3
Raça autorreferida		
Branca	2	12,5
Preta	2	12,5
Parda	12	75,0
Estado civil		
Casado	7	43,7
Solteiro	7	43,7
União estável	1	6,3
Divorciado	1	6,3
Número de filhos		
0	7	43,7
1	1	6,3
2	5	31,2
3	2	12,5
> 3	1	6,3
Religião		
Católica	4	25,0
Evangélica	9	56,2
Sem religião	3	18,8
Procedência		
Capital	8	50,0
Região metropolitana	8	50,0
Interior	0	0,0
Escolaridade	16	
Ensino médio incompleto	0	0,0

Tabela 20 – Caracterização dos cuidadores que participaram da análise semântica cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024. Recife-PE, 2024. (conclusão)

Variáveis	n=16	%
Ensino médio completo	10	62,4
Ensino superior incompleto	3	18,8
Ensino superior completo	3	18,8
Renda familiar (salários mínimos)	16	
≤ 1	6	37,5
1 e ½ a 3	8	50,0
> 3	2	12,5
Tempo de experiência em casa de acolhimento infantil (anos)	14	
< 1	4	28,6
1 a 2	2	14,3
> 2	8	57,1

Fonte: a autora (2024)

Os cuidadores possuíam idade média de 40,2 anos, 57,1% possui mais de 2 anos de experiência profissional, com média de 27,4 meses e média de 13,8 anos de estudo (Tabela 21).

Tabela 21 – Variáveis quantitativas da caracterização dos cuidadores que participaram da análise semântica cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Variáveis	n=16	%
Idade		-
Média	40,2	-
Desvio Padrão	12,3	-
Mediana	38,5	-
Máximo	60	-
Mínimo	24	-
Anos de estudo	15	
Média	13,8	-
Desvio Padrão	2,48	-
Mediana	12	-
Máximo	19	-
Mínimo	12	-
Tempo de experiência em casa de acolhimento infantil (meses)		
Média	27,4	-
Desvio Padrão	17,8	-
Mediana	36	-
Máximo	48	-
Mínimo	1	-

Fonte: a autora (2024)

A Tabela 22 apresenta a avaliação da clareza e compreensão dos três temas: primeiros socorros, traqueostomia e violência. Todos os participantes (100%) consideraram os três temas claros e compreensíveis.

Tabela 22 – Avaliação dos cuidadores acerca da clareza e compreensão da cartilha educativa sobre cuidados com crianças institucionalizadas direcionada a cuidadores. Recife-PE, 2024.

Variáveis	n=16	%
Primeiros socorros		
Sim	16	100
Traqueostomia		
Sim	16	100
Violência		
Sim	16	100

Fonte: a autora (2024).

Finalizados os procedimentos de avaliação de conteúdo e aparência pelos juízes, e análise semântica pelos cuidadores, ao considerar as modificações sugeridas pelos participantes – com o intuito de produzir uma cartilha adequada –, a versão final da cartilha foi estruturada em 28 páginas (figura 10).

Foram acatadas sugestões dos juízes nos três temas e alterada a ordem das seções 1) traqueostomia; 2) primeiros socorros (engasgo, convulsão e queda) e 3) Violência, para: 1) primeiros socorros (engasgo, convulsão e queda); 2) traqueostomia e 3) violência. Foram realizadas substituições nas ilustrações e modificações na dimensão corporal das crianças e em traços de expressão, para maior adequação ao conteúdo textual correspondente. Quanto ao conteúdo, houve uma alteração conceitual (tema violência) e modificações de ortografia, concordância e clareza na escrita para facilitar a compressão na leitura do material.

Ao final, a cartilha foi considerada adequada para uso dos cuidadores, pelos especialistas e público-alvo.

Figura 9 – Estrutura final da cartilha “Cuidado à Saúde da Criança acolhida”. Recife-PE, 2024.

CUIDADO À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA
Cartilha de orientação aos cuidadores

Elaboração: Bárbara L. C. Santos

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA Cartilha de orientação aos cuidadores

PRIMEIROS SOCORROS

Menino cega, não é? Essa é uma expressão comum de se ouvir!
Sim! Os acidentes acontecem quando menos esperamos e podem até causar a morte da criança.

A boa notícia é que medidas simples e rápidas podem salvar a vida da criança ou evitar sequelas graves!
Imagine as seguintes situações:

Engasgo

Situação 1: Marcelo, 06 anos, está no momento da refeição e de repente se engasga com um pedaço de carne e começa a tossir.

O engasgo é quando um alimento ou objeto fica preso na via respiratória, impedindo a respiração. É muito comum em crianças pequenas que colocam objetos na boca ou em crianças maiores e adultos na hora da refeição.

Nestes momentos você precisa agir rápido e da forma correta antes que a criança fique sem ar e desmaie.

Existem 2 tipos de engasgos:

- Engasgo parcial:** a criança consegue respirar e tossir, tentando colocar o alimento/objeto para fora
- Engasgo total:** a criança não consegue respirar nem tossir, vai perdendo o fôlego, ficando pálida e com coloração arroxeada;

4? Neste caso, Marcelo teve qual tipo de engasgo?

Total Parcial

06

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA Cartilha de orientação aos cuidadores

TRAQUEOSTOMIA

Arthur é uma criança com paralisia cerebral, e tem dificuldades para respirar pelo nariz. Ele precisa de muitos cuidados pois utiliza um dispositivo chamado traqueostomia, que o ajuda a respirar melhor. Certo dia, Arthur estava muito congestionado com secreção e de repente o traqueostoma saiu! O que você faria?

Mas você sabe o que é uma traqueostomia? Já viu uma?

A Traqueostomia, é uma abertura na frente do pescoço, feita por uma cirurgia, onde se coloca um equipamento chamado traqueostomo que leva o ar do ambiente diretamente para a traqueia e pulmões, sem que precise passar pelo nariz. Isso ajuda a criança a respirar e colocar secreções para fora, podendo ser temporária ou definitiva.

Quais as partes que têm o traqueostomo?

Normalmente o traqueostomo tem duas partes:

- Cânula: fica do lado de fora
- Subcânula: fica dentro da cânula, é móvel e deve ser retirada para lavar.

Alguns traqueostomos possuem um balão interno (chamado cuff) que fica na traqueia, ajudando a fixar, impedindo que ela saia por acidente.

14

CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ACOLHIDA Cartilha de orientação aos cuidadores

VIOLÊNCIA

O que você pensa quando ouve a palavra “violência”?

Costumamos pensar que violência é apenas quando o caso envolve agressão física.

Mas a Organização Mundial da Saúde classifica a violência em quatro tipos:

Abuso físico

O uso intencional de força física contra uma criança. Isso inclui bater, espancar, chutar, sacudir, morder, estrangular, queimar, envenenar e sufocar.

Abuso sexual

Invasão física real ou ameaçada de natureza sexual, pela força, em condições de desigualdade ou ameaça.

Abuso emocional e psicológico

Pode ser muito sutil e a longo prazo, trazendo muitos prejuízos psicológicos a criança, podendo incluir menosprezar, culpar, ameaçar, assustar, discriminar, ridicularizar e outras formas não físicas de rejeição ou tratamento hostil.

Negligência

Quando há falha dos cuidadores em prover desenvolvimento e bem-estar da criança, em necessidades importantes como saúde, educação, desenvolvimento emocional, nutrição, abrigo e condições de vida seguras.

18

6 DISCUSSÃO

A cartilha foi desenvolvida com a participação ativa dos cuidadores. A partir de seus relatos, foram identificadas as principais necessidades no cuidado às crianças e o formato da tecnologia educacional que melhor os atendessem. Este diagnóstico situacional resultou na construção de um material educativo a fim de capacita-los no atendimento qualificado e humanizado aos acolhidos. O conteúdo, aparência e a análise semântica com os respectivos temas da cartilha primeiros socorros, traqueostomia e violência foram considerados adequados por todos os juízes especialistas de várias regiões do Brasil.

Como tema de interesse mais prevalente dentre os cuidadores, os primeiros socorros representam grande preocupação entre cuidadores e profissionais que atuam na educação infantil. Diante de acidentes comuns na infância, estes profissionais apresentam insegurança na condução do incidente, podendo acarretar em prejuízos fatais à vida da criança. Neste estudo os acidentes que mais despertaram interesse dos cuidadores foram respectivamente engasgo, queda e convulsão, o que vai de encontro com outras literaturas, as quais queda e suas repercussões, como traumas e fraturas, é o acidente mais comum na infância (Amadigi *et al.*, 2022; Barcelos *et al.*, 2017)

As necessidades de aprendizagem sobre os temas elencados reforçam a relevância da Lei brasileira nº 13.722/2018, conhecida por Lei Lucas, que torna obrigatória a capacitação em noções básicas de primeiros socorros de professores e funcionários de estabelecimentos de ensino públicos e privados de educação básica e de estabelecimentos de recreação infantil. A Lei foi sancionada em alusão a Lucas Begalli Zamora, que foi a óbito por obstrução de vias aéreas por corpo estranho OVACE, engasgo, em um passeio escolar (Brasil, 2018).

No entanto, a legislação parece não alcançar a população de cuidadores do acolhimento. A qualificação destes profissionais sobre noções básicas de primeiros socorros é necessária, sendo preciso incorporar o tema por meio de oficinas e ações de educação em saúde conduzidas por profissionais habilitados. Muitos cuidadores não possuem capacitação adequada para oferecer assistência imediata a um acidente e a enfermagem pode desempenhar o papel de educador, capacitando-os para agir com confiança e segurança em emergências.

O manuseio de traqueostomia também foi observado como tema necessário aos cuidadores. Quando se trata de Crianças Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) em uso de traqueostomo, o processo de acolhimento e adoção é ainda mais estigmatizante. O abandono destas crianças é frequente no Brasil, e os cuidados são terceirizados para cuidadores sociais

que também não dominam tais necessidades específicas de saúde. A transitoriedade dos abrigos para estas crianças enfrenta o desafio de que, em alguns casos, reintegração familiar não ocorre de maneira adequada, prolongando o tempo de permanência até a fase adulta (Campos, 2018).

Estas crianças caracterizam-se por estarem em risco aumentado de saúde quanto a uma condição física, de desenvolvimento, comportamental ou emocional crônica, demandam maior cuidado especializado e maior assistência dos serviços de saúde (McPherson, 1998). Normalmente necessitam de suporte tecnológico, sendo 20% delas dependentes de dispositivos para alimentação e/ou respiração, destas, 3,7% evoluem para óbito, 4,5% apresentaram novas morbidades. Tal vulnerabilidade evidencia a necessidade de hospitalizações repetidas e a complexidade do cuidado, que antes era ofertado pela equipe multiprofissional em ambiente hospitalar, agora o é pelo cuidador (Heneghan *et al.*, 2019; Sulino *et al.*, 2021).

Os cuidadores familiares de crianças em uso de traqueostomia relatam desafios de cuidados durante o banho; cuidados relacionados com a manutenção da cânula e a aspiração das vias aéreas. Além do próprio desafio de lidar com o novo há a falta de estrutura para o desenvolvimento dos cuidados, a presença frequente de secreção traqueal, a preocupação com a decanulação, o manuseio do cadarço fixador, bem como o receio da obstrução da cânula de traqueostomia (Pereira.; Flores; Silva, 2024; Bossa *et al.*, 2017).

Os cuidados com a traqueostomia são complexos e exigem qualificação de quem cuida. As tecnologias educacionais impressas sobre dispositivos em saúde já existem, não apenas para traqueostomia mas também para o manuseio com gastrostomia, direcionadas a pais e cuidadores familiares, mas dificilmente estão acessíveis aos profissionais do acolhimento (Caldas *et al.*, 2019; Abreu; Marinho; Cardoso, 2019).

Muitos cuidadores também apresentaram necessidade de aprender mais em como lidar com crianças que sofreram violência, sobretudo violência sexual. Os mais recorrentes motivos para a institucionalização são pais ou responsáveis usuários de álcool e/ou drogas, negligência, abandono e violência, sendo que muitos acolhidos apresentam mais de uma destas razões. Algumas crianças inclusive já apresentam evidências de maus tratos no momento da admissão, com sinais de negligência (16,2%), ferimentos (7,6%) e abuso sexual (5,7%) (Brugiolo, 2023).

Cuidadores sociais podem projetar emoções variadas durante a relação de cuidado com a criança acolhida, desde o confundimento com o papel materno/paterno à dificuldades de lidar com demandas mais subjetivas no cuidar, como acolher e ouvir. Nessa mesma direção, cuidadores podem perceber as famílias como “ruins” ou incapazes de cuidado, ou que as

crianças são naturalmente rebeldes e que de alguma forma estão sendo punidas por estarem em acolhimento (Bernardes e Marin, 2019).

As situações de violência que conduzem as crianças até o acolhimento despertam nos cuidadores sentimentos de inquietação, revolta, empatia e pena, reconhecem o despreparo para lidar com estas situações e que a qualificação para tal é deficitária (Rocha, 2020). A atuação desse profissional deve concentrar-se também na subjetividade e nos processos psicossociais dos acolhidos, já que são estes que passam a maior parte do tempo com as crianças. Além disso, é necessário reconhecer o caráter social do trabalho do cuidador realizado nas instituições, considerar ir além dos cuidados físicos, suprimindo as necessidades afetivas e sociais dos acolhidos.

A identificação das dificuldades e temas de interesse direcionou a elaboração de uma tecnologia que atendesse às suas demandas. Mediante as falas dos cuidadores foi definido como formato da tecnologia a cartilha, um material impresso vastamente utilizado para mediação de processos de educação em saúde, como autocuidado e manuseio de dispositivos de saúde para familiares e pacientes (Diniz, *et al.*, 2022; Santos *et al.*, 2020).

Nas práticas de educação em saúde o enfermeiro pode utilizar as tecnologias educacionais para intermediar os processos de ensino com cuidadores, que são classificadas em leve (relações interpessoais, acolhimento, vínculo, rodas de conversa), duras (equipamentos, instrumentos e materiais) e leve-duras que estão ligadas a procedimentos e processos de enfermagem (Merhy, 2002).

Materiais impressos, como manuais, folhetos, folders e cartilhas, podem constituir-se como TEs leve-duras e têm demonstrado eficácia na melhoria do quadro clínico do indivíduo. As informações neles contidas permitem releituras posteriores, reforçando as orientações verbais, atuando como referência em situações de dúvida e auxiliando na tomada de decisões diárias relacionadas ao manejo do paciente (Moreira, Nóbrega e Silva, 2003).

O material educativo impresso é amplamente empregado na disseminação de informações sobre saúde e no contexto do ensino-aprendizagem, tem como vantagem a possibilidade de reforçar as informações e discussões orais, de servir como guia de orientações para casos de dúvidas posteriores e auxiliar nas tomadas de decisões. Contudo, seu uso pode apresentar limitações relacionadas ao nível de escolaridade e às dificuldades de leitura, que podem ser decorrentes da inadequação do conteúdo ao perfil do público-alvo (Moreira, 2003). Com o objetivo de atenuar esses desafios, o material passou por um processo de avaliação por especialistas, cujo intuito foi adequá-lo às necessidades dos cuidadores.

Os três temas: primeiros socorros, traqueostomia, violência e foi avaliado em seu conteúdo e aparência por juízes com experiência e expertise comprovada pelas atividades acadêmicas e profissionais, as quais contribuíram para análise criteriosa. Todos os itens foram considerados adequados e atingiram IVCs superiores a 0,80, indicando a concordância dos participantes com avaliação satisfatória do conteúdo e aparência para cada tema (Polit; Beck, 2011). No entanto, visando o aperfeiçoamento da tecnologia, foram acatadas as sugestões consideradas pertinentes e realizadas as alterações de conteúdo e aparência na cartilha.

Na seção de primeiros socorros no conteúdo e aparência foram consideradas sugestões de linguagem, como substituir no texto “Se não conseguir ver, não retire” por “Se não conseguir ver, não tente retirar” bem como alterações gráficas de ajuste de ilustrações para acomodação textual, erros de digitação e de sequência textual. Também foram atualizados todos os *QR Codes* de redirecionamento para uma lista de *links* em uma “nuvem”, os quais poderão ser atualizados periodicamente pela autora, uma vez que os links de acesso da primeira versão não estavam mais disponíveis.

O uso de *links* em materiais impressos acessíveis por *QR Codes* viabiliza o acesso a conteúdos mais completos, facilitando o aprendizado caso o indivíduo deseje aprofundar-se no conteúdo o qual foi exposto inicialmente. Para composição destes links, foram utilizados acessos legais de manuais, protocolos, vídeos, e outras cartilhas governamentais. Todavia, utilizar o *QR Code* para redirecionar diretamente para website requerido, a longo prazo pode não ser viável, uma vez que tais vias de acesso a informação de documentos governamentais são volúveis, facilmente editáveis ou retiradas de circulação, assim optou-se por uma nuvem onde os links de acesso podem ser atualizados e disponibilizados periodicamente.

Algumas sugestões não foram consideradas por não apresentarem embasamento científico, como a sugestão de inserir na cartilha a demonstração da realização de ventilação na reanimação cardiorrespiratória (RCP). Para o público leigo, não é mais necessário realizar a ventilação boca a boca, uma vez que há uma tendência social em evitá-la devido ao risco de contaminação, principalmente em desconhecidos. A realização de compressões torácicas com a técnica correta, com uma frequência de 100 a 120 compressões por minuto é indicada. Além disso, a RCP apenas com compressão é mais simples para socorristas leigos aprenderem do que a RCP associada à ventilação (AHA, 2020).

As ilustrações das páginas 07, 10, 12 e 21 da cartilha foram levemente modificadas alterando a dimensão corporal para atender a sugestão de que as crianças ilustradas

se assemelhavam a adolescentes. Alguns traços de aparência foram amenizados de forma que se aproximasse de crianças mais jovens.

Embora o material tenha sido inicialmente elaborado para atender crianças de até 6 anos, as orientações de saúde nele contidas podem ser aplicáveis a crianças de até 12 anos, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que define como criança pessoas com até 12 anos incompletos. Ademais, as unidades de acolhimento frequentemente recebem crianças de diferentes faixas etárias, e os cuidadores têm como papel estender seus cuidados a todas elas (Brasil, 2009b).

Quanto ao tópico traqueostomia, não houveram sugestões de conteúdo pelos juízes enfermeiros, apenas sugestões de aparência, as quais foram todas contempladas. Foram inseridas ilustrações diferenciais do balonete (*cuff*) cheio e vazio e inclusão da legenda do cadarço. O manejo do *cuff* e do cadarço na traqueostomia se apresentam como grandes obstáculos para familiares e cuidadores de indivíduos que utilizam o dispositivo.

A alta do paciente associada à falta de capacitação adequada de seus cuidadores para o cuidado domiciliar, pode representar um fator de risco para a readmissão hospitalar e o agravamento do estado de saúde de pessoas com traqueostomia. A insuficiência de recomendações sobre gerenciamento do *cuff* e da fixação adequada com cadarço pode colocar em risco a qualidade da assistência, já que, se mal posicionados favorecem o escape acidental do dispositivo traqueal e intercorrências respiratórias que comprometem a saúde da criança. Diante de tais riscos, cuidadores de crianças traqueostomizadas apresentam constantes inseguranças e desejo de aprender os devidos cuidados em saúde e o interesse em ter um material educativo de apoio para servir de guia (Cordeiro *et al.*, 2024; Pereira; Flores; Silva, 2024).

Quanto a violência, foram acatadas correções de conteúdo e aparência. O conceito de abuso sexual foi atualizado para “intrusão física real ou ameaçada de natureza sexual, quer seja pela força, quer em condições de desigualdade ou ameaça”, de acordo com a Política da OMS sobre Prevenção e Combate à Má Conduta Sexual (2023). A violência sexual é uma das razões que mais conduzem as crianças ao acolhimento, por isso as definições precisam ser abordadas de maneira atualizada para que haja clareza no entendimento dos cuidadores quanto a problemática.

Minayo (2006), define violência sexual de forma congruente a OMS, e afirma que esse tipo de violência se caracteriza pela imposição de força, coerção ou manipulação com o objetivo de obter atos sexuais não consensuais. Essa violência ocorre sobretudo em situações de desigualdade de poder, como em relações familiares ou comunitárias. Minayo também ressalta

o impacto significativo dessa violência na saúde física e mental das vítimas, sendo muitas vezes perpetrada por pessoas próximas ao seu convívio.

Foi também sugerida a substituição da ilustração de um punho por uma pessoa com aparência comum no tópico “Mito ou verdade? O abusador é sempre alguém com transtorno psicológico”. A pedofilia é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como um transtorno de preferência sexual, descrito no código F65.4 como “preferência sexual por crianças, meninos ou meninas ou ambos, geralmente em idade pré-púbere ou no início da puberdade” (WHO, 2019). Apesar da pedofilia não ser crime no Brasil, a exteriorização de atos pedofílicos está incluída no Código penal Art. 217-A “Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”, com pena - reclusão, de oito a quinze anos (Brasil, 2009b).

Entre os casos de violência sexual contra crianças, apenas uma parte dos perpetradores possui o diagnóstico de transtorno pedofílico (Arakaki, 2019). Segundo dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (2024), houve um aumento no número de notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes entre 2015 e 2019. Em 2021, o número de notificações foi o maior registrado ao longo do período analisado (2015-2021), possivelmente relacionado ao isolamento social provocado pela pandemia da Covid-19. A maior parte das crianças tinham entre 5 a 9 anos de idade e, quanto aos seus agressores, a maioria parte era do sexo masculino, os quais 38,9% dos casos foi um parente, amigo ou conhecido familiar (meninas 23,5% e meninos 31,5%).

A escolha de utilizar ilustrações do sexo masculino na seção dedicada à violência sexual foi intencional, considerando que a subnotificação de casos envolvendo meninos é um fenômeno recorrente. Isto ocorre devido ao caráter estigmatizante e íntimo dessas situações, que geram sentimentos de culpa e preconceitos de gênero (Ferreira *et al.*, 2022).

Em relação aos fatores associados à violência sexual contra homens e meninos, há gama de possíveis consequências. Esses desfechos incluem desde problemas de saúde mental, como transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), abuso de substâncias e ideação suicida, até questões clínicas, como disfunção erétil, ejaculação precoce e dor pélvica crônica. Além disso, há implicações comportamentais, como a realização frequente de testes de HIV, prática de sexo anal desprotegido, isolamento social e envolvimento em sexo comercial (Ferreira *et al.*, 2022).

Após a avaliação de conteúdo e aparência, a tecnologia educacional foi submetida a análise semântica pelos cuidadores sociais os quais puderam avaliar se o conteúdo estava compreensível. A experiência em casa de acolhimento infantil foi considerável, e os temas

abordados na cartilha (primeiros socorros, traqueostomia, violência) foram todos bem compreendidos por todos os participantes, sem demais sugestões. Dado similar à pesquisa de Abreu (2019), quanto a validação de uma cartilha educativa para cuidadores de traqueostomizados, a qual após a análise do público-alvo, todos os itens avaliados demonstraram concordância de 100%, sendo considerada válida.

Nesta cartilha, o diferencial está em produzir uma tecnologia voltada diretamente para cuidadores sociais. Para tornar-se compreensível ao público-alvo foram introduzidos pequenos casos reais vivenciados no acolhimento e relatados pelos profissionais durante as entrevistas, especialmente nos temas primeiros socorros e traqueostomia. Foi utilizada uma linguagem coloquial em tom de conversação para facilitar a leitura, e ilustrações que se aproximam do cotidiano.

Nesta cartilha, o diferencial está em produzir uma tecnologia voltada diretamente para cuidadores sociais. Para tornar-se compreensível ao público-alvo foram introduzidas pequenas situações-problema, que possuem um caráter pedagógico de ensinar por meio da reflexão crítica dos cenários, ao conduzir o leitor identificar o problema, buscar as soluções e aplicar as estratégias de orientação contidas no material. Na redação textual, foi utilizada uma linguagem coloquial em tom de conversação e ilustrações que se aproximam do cotidiano, que facilitam o engajamento e interesse pela leitura.

A eficácia da comunicação entre quem transmite e quem recebe a mensagem influenciará diretamente no quanto essa mensagem será compreendida e aproveitada. Para promover uma boa adesão aos cuidados em saúde, é essencial que o material escrito desempenhe um papel positivo. Isto porque cuidadores, ao se depararem com dificuldades de leitura e interpretação, podem desmotivar-se na continuidade dos cuidados, acreditando que a mesma dificuldade se aplica às orientações recomendadas no material (Moreira, 2003).

Os resultados demonstraram interesse dos cuidadores em educação continuada para capacitá-los nas demandas de saúde apresentadas pelas crianças, a maioria alegou alguma dificuldade neste sentido. Intervenções educativas mediadas por um material didático, como cartilha, que atenda às necessidades do público-alvo, apresentam melhora na qualidade de vida e maior predisposição à mudança de comportamentos (Carvalho *et al.*, 2022).

A elaboração de uma cartilha educativa sobre cuidados direcionada a cuidadores em instituições de acolhimento infantil constitui uma contribuição significativa para a enfermagem ao criar um recurso acessível baseado em evidências que alcance este público. O material

educativo promove orientações sobre as práticas de cuidado, auxiliando na capacitação dos cuidadores e equipe técnica do acolhimento infantil. Além disso, a sua elaboração e contribui para evidenciar os desafios de saúde enfrentados por crianças em situação de acolhimento, amplia o conhecimento na área e incentiva novas pesquisas sobre a saúde desta população vulnerável.

A cartilha elaborada está em consonância com os Eixos 5 e 6 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que enfatizam a atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e as crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade, respectivamente. Além disso, segue as diretrizes internacionais preconizadas nos manuais da OMS/UNICEF, os cuidados de criação, que se caracterizam como os componentes de cuidados ideais das crianças na primeira infância (Brasil, 2018; OMS, 2018).

Além disso, ao desenvolver uma ferramenta para promoção e educação em saúde de populações vulneráveis, o estudo favorece a justiça social e contribui para construção de instituições eficazes, responsáveis e inclusivas, conforme o objetivo nº 16 “Paz, Justiça e Instituições Eficazes” dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). O tratado consiste em uma convocação mundial entre países para erradicar a pobreza, preservar o meio ambiente e assegurar que qualquer indivíduo tenha paz e bem-estar como direitos (ONU, 2015).

O estudo articula-se também com o objetivo “saúde e bem-estar”, pois ela potencialmente melhora a qualidade do cuidado prestado, fortalece a proteção dos direitos das crianças e previne problemas de saúde evitáveis. A contribuição na capacitação dos cuidadores para práticas mais seguras e efetivas, contribui para a criação de um ambiente de cuidado mais seguro e pode minimizar hospitalizações desnecessárias, o que reduz o ônus também o Sistema Único de Saúde. Tal recurso educativo, útil no contexto institucional, pode ser replicável e promover melhorias na qualidade de vida das crianças em outros contextos de cuidado.

Ressalta-se que a pesquisa foi realizada em um contexto específico, o que limita a generalização dos resultados para outras realidades de acolhimento. A amostra utilizada, composta por cuidadores de quatro instituições, pode não refletir as necessidades e desafios de outras unidades semelhantes. A elaboração da cartilha enfrentou a impossibilidade de abranger outros temas relevantes para os profissionais devido à necessidade de limitar a extensão do material. A inclusão de uma grande quantidade de informações poderia comprometer a clareza e a objetividade, tornando o conteúdo excessivamente denso, exaustivo e potencialmente menos atrativo para leitura dos cuidadores.

7 CONCLUSÃO

A cartilha educativa desenvolvida para cuidadores sobre o cuidado com crianças em acolhimento institucional foi considerada adequada no que concerne ao conteúdo, aparência e análise semântica. O material foi elaborado centrado na necessidades dos usuários da cartilha na prestação de cuidados à criança, cujas as mais prevalentes consistiram nos temas: primeiros socorros, traqueostomia e violência sexual.

A cartilha foi desenvolvida a partir de artigos e diretrizes recomendadas por órgãos oficiais através de uma leitura clara e acessível para compreensão dos trabalhadores. A utilização de casos fictícios e metodologias interativas em cada tema da cartilha buscou trazer identificação e contextualização da realidade vivida pelo cuidador, a fim de despertar o interesse para leitura e aprendizado do conteúdo.

O material buscou integrar orientações atualizadas e práticas para o cotidiano dos profissionais, especialmente no que se refere a eventos emergenciais, uso de traqueostomia e manejo da violência sexual. Com isto, espera-se que o material possa ser explorado pelos cuidadores e contribua para a melhoria da qualidade do cuidado prestado, uma vez que o ambiente institucional apresenta desafios para a promoção da saúde infantil.

A cartilha avaliada como adequada por especialistas e pelo público-alvo, poderá contribuir como fonte de pesquisa para outros estudos e novas tecnologias, bem como para o ensino da graduação e pós-graduação. O material também poderá ser explorado em contextos de educação continuada para profissionais em diversos cenários de cuidado a criança, por meio de palestras, rodas de conversa e atividades práticas, aplicando-a de acordo com as necessidades específicas.

A avaliação a partir da utilização prática cotidiana da cartilha é necessária para averiguar o seu efeito no avanço dos conhecimentos técnicos, nas habilidades, nas mudanças de atitude e na adesão de práticas seguras no cuidado.

8 REFERÊNCIAS

- Abreu, A. C.; Marinho, D. F.A; Cardoso, I.B. P. Tecnologia educativa para os cuidadores de pacientes submetidos a traqueostomia: estudo de validação. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 59, 2019.
- Altafim, E.R.P., Souza, M., Teixeira, L., Brum, D., Velho, C. O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância. Brasília, DF: **Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)**. 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/23611/file/o-cuidado-integral-e-a-parentalidade-positiva-na-primeira-infancia.pdf>
- Amadigi, F. R. et al. Posturas e conhecimentos de educadores em relação aos primeiros socorros na escola. **Saberes Plurais Educação na Saúde**, v. 6, n. 2, 2022.
- American Heart Association. Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. American Heart **Association Guidelines Circulation**, v. 132, n. 18, Suplemento 2, p. S315–S367, 2020.
- Andreopoulou O., Skiadopoulos S., Drakou Z., Gourzis P. Behavioural and emotional profile of children in residential care in Greece. **Psychiatriki**. Oct-Dec;31(4):321-331. doi: 10.22365/jpsych.2020.314.321. PMID: 33361062. 2020 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33361062/>
- Andreucci, A.C; Junqueira, M.A. Crianças visíveis e direito à voz como direito humano fundamental: contributos jurídico-sociais do marco legal da primeira infância para o desenho de políticas públicas participativas no Brasil. **Cadernos de Direito Actual**, n. 7, p. 289-303, 2017.
- Ângelo, B.H.B., **Desenvolvimento e avaliação de tecnologia educacional para avós na promoção do aleitamento materno. Tese (Doutorado em Enfermagem)** – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2020.
- Arakaki, F. F. S.; Hastenreiter, K. K. C. S.; Oliveira, R. T. D. S. A.; Guerra, S. L.; Souza, V. A. Uma análise multifacetada do abusador infantil: a controvérsia entre portadores do transtorno pedofílico e agressores sexuais. **Anais do Seminário Científico do UNIFACIG**, v. 4, 2019.
- Arango, H. G. Bioestatística teórica e computacional. In: **Bioestatística teórica e computacional**. 2011.
- Arantes, E. M. M. Arquivo e Memória sobre a Roda dos Expostos do Rio de Janeiro Archive and Memory about the Wheel of the Exposed in Rio de Janeiro.
- Barcelos, et. al., Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cadernos De Saúde Pública**, 33(2), e00139115. 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00139115>
- Barreiros C.F.C., Gomes M.A.S.M, Mendes Jr S.C.S. Children with special needs in health: challenges of the single health system in the 21st century. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):e20190037. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0037>

Belo, L. A excepcionalidade e provisoriedade do acolhimento institucional nas medidas de proteção à criança. **JusBrasil**, 2015.. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/a-excepcionalidade-e-provisoriade-do-acolhimento-institucional-nas-medidas-de-protecao-a-crianca/213902440>. Acesso em 09 Mai. 2024.

Bernardes, J. W.; MARIN, A. H. Intervenção com educadoras sociais no contexto de acolhimento institucional: relato de experiência. **Revista da SPAGESP**, v. 20, n. 2, p. 117-130, 2019.

Bossa, P. M. de A. O cuidado da família à criança em uso de cânula de traqueostomia no domicílio: as vozes dos familiares cuidadores. 2017. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - **Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, 2017.

aBrasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (**CONANDA**). Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes, 2009.

bBrasil. Lei Nº 12.010, de 3 De Agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 - **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 8.560, de 29 de dezembro de 1992. Brasília, DF:Diário Oficial da União, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br>. Acesso em: 7 fev. 2025.

Brasil. Lei Nº 8.069, DE 13 de Julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Brasília, DF:Diário Oficial da União, 1990.

Brasil. Resolução Nº 9, De 15 De Abril De 2014. **Ratifica e reconhece as ocupações e as áreas de ocupações profissionais de ensino médio e fundamental do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**, em consonância com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS. . Brasília, DF:Diário Oficial da União, 2014.

Brasil. **Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (NutriSUS): manual operacional**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Notificações de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil**, 2015 a 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-08> . Acesso em: 04 out. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2018.

Brugiolo, et al. Condições de saúde e perfil epidemiológico de crianças e adolescentes institucionalizados: estudo transversal retrospectivo. **HU Revista**, v. 49, p. 1-8, 2023.

Cadorna, T.D. Sentidos de cuidado por cuidadores de crianças acolhidas **institucionalmente**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – **Universidade Federal de Pernambuco**. Recife, p. 68. 2020.

Caldas, A. C. S. et al.. Creative and sensitive production of care-educational technology for families of children with gastrostomy. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, p. e20180144, 2019.

Campos, R. C. P. R. de ., & Araújo, N. R. Situação educacional de crianças e jovens com deficiência em acolhimento institucional. **Cadernos De Pesquisa**, 48(170), 1148–1166. 2018.

Carvalho, E.E. et al. O saber cuidar do ser humano: uma abordagem para o cuidado de enfermagem na perspectiva de Leonardo Boff. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 7, n. 3, p. 990-994, 2013.

Carvalho, K. M. DE . et al.. Comparison of the effectiveness of two educational interventions on sleep quality in older adults: a randomized clinical trial . **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20220326, 2022.

Cassiano N. et al. Validação de tecnologias educacionais: estudo bibliométrico em teses e dissertações de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 2020.

Cavalcante, L. I. C.; Magalhães, C. M. C.; Pontes, F. A. R.. Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 615–625, 2009.

Cavalcante, S.C. et al. Educação em saúde: Tecnologias educacionais em foco. **Difusão Editora**, 2018.

Cordeiro, A. L. P. DE C. et al.. Tracheostomy care for adults and the elderly in the home environment: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20240028, 2024.

Corvelho, V. S., & Etges, B. I.. Avaliação nutricional de crianças e adolescentes institucionalizados. **Revista Interdisciplinar De Promoção Da Saúde**, 2(4), 171-178. 2019.

Da Silva Medeiros, Rosana K. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 4, p. 127-135, 2015.

DE JESUS, E. B. et al. Validação de tecnologia educacional sobre fototerapia para orientar familiares de neonatos ictericos. 2018.

De Los Ángeles Rodríguez-Gázquez, M.; Arredondo-Holguín, E.; Herrera-Cortés, R.. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. Tela 1-Tela 11, 2012.

Del Priori, M. História Das Crianças No Brasil. São Paulo: **Editora Contexto**, 2010.

Delacey, E. et al. Feeding practices of children within institution-based care: A retrospective analysis of surveillance data. **Maternal & child nutrition**, v. 18, n. 3, p. e13352, 2022.

Desmond, C.; Watt, K.; Saha, A.; Huang, J.; Lu, C. . Prevalence and number of children living in institutional care: global, regional, and country estimates. **The Lancet Child & Adolescent Health**. doi:10.1016/s2352-4642(20)30022-5. 2020.

Dias, E. M.; Silva, E. M.; Leite, T. M. C. O trabalho da enfermeira em um serviço de acolhimento institucional. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** | v. 14, n. 2, p. 138-47, 2014.

Dias, E. M.; Silva, E. M.; Leite, T.M. C. O trabalho da enfermeira em um serviço de acolhimento institucional. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 14, n. 2, p. 138-47, 2014. https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-14-02-0138/2238-202X-sobep-14-02-0138.x48393.pdf

Diniz, I. V. et al.. Health education: a booklet for colostomized people in use of the plug. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, p. e20210102, 2022.

Fernandes, Marcos Vinícius Costa et al. O contexto do cuidado a criança soropositiva e implicações educacionais. **Scientia Amazonia**, v. 6, n. 3, p. 1-10, 2017.

Ferreira, D. G. et al.. Sexual violence against men in Brazil: underreporting, prevalence, and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 23, 2023.

Fontelles, M.J.; Simões, M.G.; Almeida, J.C.; Fontelles, R.G.S. Metodologia da pesquisa: diretrizes para o cálculo do tamanho da amostra. **Revista Paraense de Medicina**. v. 24, n. 2, p. 57-64, abr-jun. 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2010/v24n2/a2125.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

Freitas F.V, Rezende F. L.A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Rev. Interface Comun. Saúde Educ.** 2011; 15(36):243-55.

Gabatz, R. I. B.; Schwartz, E.; Milbrath, V. M.. Experiências de cuidado da criança institucionalizada: o lado oculto do trabalho child care experiences. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. 327-345, 2019.

Gabatz, R. I. B.; Schwartz, E.; Milbrath, V.M. O cotidiano do trabalho do cuidador da criança institucionalizada. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 2019.

Gabatz, R. I.B. Et Al. Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, p. 670-677, 2010.

Gabatz, R. I.d B.i; Schwartz, E.; Milbrath, V.M.. O cotidiano do trabalho do cuidador da criança institucionalizada. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 2019.

Gerber, D., Santelices, M. P., Gallardo, A. M., & Mata, C. (2022). Efectividad de una intervención de video-feedback grupal en respuesta sensible de cuidadores de residencias. **Terapia psicológica**, 40(2), 213-230.

Gertler, P. et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. **Science**, v. 344, n. 6187, p. 998-1001, 2014.

Ginige, P.; Baminiwatta, A.; Jayawardana, H.. Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems among institutionalized children in Kandy District, Sri Lanka. **Child abuse & neglect**, v. 103, p. 104435, 2020.

Gomes, E.T et al. Contribuições de Leonardo Boff para a compreensão do cuidado. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 531-536, 2018.

Guerra, L. L.; Del Prette, Z. P. Habilidades sociais educativas de cuidadores de crianças institucionalizadas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 3, p. 98-112, 2018.

Heneghan J.A, Reeder R.W., Dean J.M., Meert KL, Berg RA, Carcillo J, et al. Characteristics and outcomes of critical illness in children with feeding and respiratory technology dependence. **Pediatr Crit Care Med**. 2019

Hecker et. al. Sustainability of effects and secondary long-term outcomes: One-year followup of a cluster-randomized controlled trial to prevent maltreatment in institutional care. **PLOS Glob Public Health** 2(5): e0000286. 2022.

Ibge–Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. Recife: IBGE, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama> Acesso em: 18 out. 2021.

Kling, S; Vinnerljung, B; Hjern, A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. **Acta paediatrica**, v. 105, n. 4, p. 416-420. 2016.

Leite, S. D. Sá Et al.. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2018, v. 71, suppl 4 [Acessado 10 janeiro 2022] , pp. 1635-1641.

Lopes, M. V. O.; Silva, V. M.; Araújo, T. L. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, Indianópolis, v. 23, n. 3, p. 134-139, 2012.

Lucio, M. Evolução histórica da proteção legal à infância e juventude. **JusBrasil**, 2014. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/evolucao-historica-da-protacao-legal-a-infancia-e-juventude/395863294>. Acesso em: 09 Mai. 2024

Maffaccioli, R.; Oliveira, D.L. L. C. Desafios e perspectivas do cuidado em enfermagem a populações em situação de vulnerabilidade. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 39, 2018.

Magalhães, V. M. P.C. **Construção e validação de uma escala de autoeficácia materna na alimentação do lactente**. 2018. 155 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, **Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/34131>. Acesso em: 18 maio 2021.

Marcilio, M. L. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In M. C. Freitas (Org.), **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez Editora. 2001

Mccall, R. B. The consequences of early institutionalization: can institutions be improved? – should they? **Child Adolesc Ment Health**. [S.I.], v. 18, n. 4, p. 193-201, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3833822/> Acesso em: 30 abr. 2021

McPherson M.G., Arango P., Fox H., Lauver C., McManus M., Newachek P.W., et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**.102(1);137-41. 1998.

Medeiros, R.K.S. et al. Modelo de validação de conteúdo de Pasquali nas pesquisas em Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, n. 4, v.4, p.127-135, jan./mar. 2015.

Merhy E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Em: Merhy EE, Onoko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2002. p. 113-50.

Merhy, E. E. **Saúde: Cartografias do Trabalho Vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Mesgravis, L. et al. A assistência à infância desamparada e a Santa Casa de São Paulo: a roda dos expostos no século XIX. **Revista de História**, v. 52, n. 103, p. 401-423, 1975.

Monteiro, S. et al. Atuação do enfermeiro na educação em saúde de crianças com estomias intestinais: revisão integrativa. **CIAIQ 2017**, v. 2, 2017.

Moreira, M.D. F.; Nóbrega, M. M. L. D.; Silva, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 56, p. 184-188, 2003.

Moreira, C.A.; Neto, S. S.; Nunes, S. F. What I as a Patient/Family need to know about Bariatric and Metabolic Surgery: A Booklet for Lay People O Que eu, Como Paciente/Familiar, Preciso Saber Sobre Cirurgia Bariátrica e Metabólica: Uma Cartilha Para Leigos. **International Journal of Advanced Engineering Research and Science**, v. 9, p. 9, 2022.

Moutinho, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, p. 253-272, 2014.

Nasu, D., Uematsu, A., Nakamura, S., Ishiyama, M., Shirakawa, T., Hasegawa, T., ... Horie, N. Oral hygiene and oral status of institutionalized children with motor and intellectual disabilities. **Journal of Oral Science**, 62(1), 89–92. doi:10.2334/josnusd.19-0042. 2020.

Naumova, O. Yu et al. Effects of early social deprivation on epigenetic statuses and adaptive behavior of young children: A study based on a cohort of institutionalized infants and toddlers. **PLoS One**, v. 14, n. 3, p. e0214285, 2019.

Nietsche, E. A.; Teixeira, E.; Medeiros, H. P. Tecnologias cuidativo-educacionais - Uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre: **Moriá**, 2014.

- Njoku Mo, Et. al., The prevalence and intensity of intestinal helminths among institutionalized children in three states of South-East Nigeria. *Niger J Clin Pract.* May;25(5):718-724. 2022. doi: 10.4103/njcp.njcp_1880_21. PMID: 35593618.
- Oliveira, N. L. L. De; Barbosa, E. M. G.; Pitombeira, M. G. V.; Chaves, E. M. C.; Carvalho, R. E. F. L. de . Tecnologia educativa para cuidadores de crianças e adolescentes dependentes de cuidados especiais no domicílio. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [S. l.], v. 22, 2020. DOI: 10.5216/ree.v22.56051. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/56051>. Acesso em: 1 jun. 2021.
- Oliveira, N. L. L. et al. Tecnologia educativa para cuidadores de crianças e adolescentes dependentes de cuida dos especiais no domicílio. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 22, 2020.
- Oliveira, S. C.; Lopes, M. V. O.; Fernandes, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 611-620, 2014.
- Organização Das Nações Unidas. *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável*. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/goals>. Acesso em: 7 fev. 2025.
- Organização Mundial da Saúde. **UNICEF**. Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância Plano global para ação e resultados. 2018.
- Pasquali, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- Pawliczuk W, Kaźmierczak-Mytkowska A, Srebnicki T, Wolańczyk T. The prevalence of mental disorders among children and youth staying in residential institutions, children's homes - a review of epidemiological studies. **Psychiatr Pol.** Apr 30;52(2):345-353. English, Polish. doi: 10.12740/PP/75738. Epub 2018 Apr 30. PMID: 29975371. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29975371/>
- Pereira, A. L.; Pereira, F.; Johnson, G. A. Os desafios cotidianos dos trabalhadores em um abrigo para crianças e adolescentes. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 11, n. 2, p. 189-201, 01 set. 2011. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>. Acesso em: 30 maio 2021.
- Pereira, I. C.; Flores, P. V. P.; Silva, L. F. Da. Cuidado domiciliar da criança em uso de traqueostomia: perspectiva dos cuidadores no contexto amazônico . *Cogitare Enfermagem*, v. 29, p. e92181, 2024.
- Polit, D. F.; Beck, C. T.; Hungler, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2011.
- Rezende, F. S.; Da Silva, H. M.. Instituições de assistência e proteção à infância desvalida no Brasil dos séculos XIX e XX. *Revista Mosaico-Revista de História*, v. 16, n. 1, p. 187-200, 2023.

Rissman, L., Deavenport-Saman, A., Corden, M. H., Zipkin, R., & Espinoza, J. A pilot project: handwashing educational intervention decreases incidence of respiratory and diarrheal illnesses in a rural Malawi orphanage. *Global Health Promotion*, 28(3), 14–22. 2020.

Rizzini, I.; Rizzini, I. **A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente.** Edições Loyola, 2004.

Rocha, I. S.; Hueb, M. F. D.; Scorsolini-Comin, F. Emprestar os ouvidos: a escuta da criança em acolhimento institucional. *Estudos de Psicologia* (Natal), v. 25, n. 4, p. 424-435, 2020.

Salviano, M. E. M. et al. Epistemologia do cuidado de enfermagem: uma reflexão sobre suas bases. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 1240-1245, 2016.

Santos M.T., Nogueira M.L. Infantile reflexes and their effects on dental caries and oral hygiene in cerebral palsy individuals. *Journal Oral Rehab.* 32, 880-885. 2005.

Santos, A. M. D., et al. Análise do Conceito "Tecnologia Educacional" na Área da saúde. *EaD em Foco*, 2022, 12.2: e1675-e1675.

Santos. L. F.; Torres Mormino K. B. N.; Alves H. H. da S.; Otoni K. M.; Pessoa C. V.; Magalhães A. R. de S.; Silveira J. E. S. da; Lima J. P. de; Souza M. M. S.; Néri E. D. R. Uso seguro de medicamentos em gestantes: construção e validação de uma cartilha educativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 49, p. e3274, 2 jul. 2020.

Sebold, L.F et al. Percepção de docentes de enfermagem sobre o cuidado: uma construção heideggeriana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 50, p. 39-46, 2016.

Silva, A.S. et al. Efetividade De Uma Intervenção Educativa Para A Promoção Da Autoeficácia Materna Em Prevenir A Diarreia Infantil. *Ciencia y Enfermería*, v. 29, 2023.

Silva, M. F. A. et al. A enfermagem nas instituições de educação infantil refletindo sobre essa parceria. *Rev. enferm. UFPE on line*, p. 3310-3316, 2017.

Carvalho, D. S. et al. Construção E Validação De Uma Cartilha Educativa Sobre A Alimentação Complementar De Lactentes. *Enfermagem Atual in Derme*, v. 96, n. 38, 2022.

Souza, A.C.C.; Moreira, T.M.M.; Borges, J.W.P. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, supl. 6, e20190559, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0559>>. Acesso em: 13 mai. 2024.

Sulino M.C., Okido A.C.C., Neves E.T., Maia E.B.S., Lima R.A.G. Crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: (des)continuidade do cuidado. **Texto Contexto Enfermagem.** 2021.

Tavares, M. D. F. L.; Rocha, R. M.; Magalhães, R. Promoção da Saúde e o desafio da intersetorialidade na Atenção Básica no Brasil. In: **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** p. 177-196. 2018.

Teixeira, E. Tecnologias em Enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem.* v.12, n. 4. P. 598. 2010. .

Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a01.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i4.12470

Teixeira, E.; Mota, V. M. S. S. *Tecnologias Educacionais Em Foco*. 1. Ed. São Paulo: Difusão Editora, 2018.

Teixeira, E. Interfaces participativas na pesquisa metodológica para as investigações em enfermagem. **Rev Enferm UFSM**, v. 9, p. 1-3, 2019.

Teixeira, et al. Tecnologia educacional sobre cuidados no pós-parto: construção e validação. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-10, abr./jun. 2016

Torres, L. H.. A casa da Roda dos Expostos na cidade do Rio Grande. *Biblos*, v. 20, p. 103-116, 2007.

Tribunal Da Justiça De Pernambuco. Infância e Juventude. Recife, 2020. Disponível em: <https://www.tjpe.jus.br/web/infancia-e-juventude/instituicoes-de-acolhimento>. Acesso em: 21 out 2021

Warner, H. A. et al. Caregiver–child interaction, caregiver transitions, and group size as mediators between intervention condition and attachment and physical growth outcomes in institutionalized children. **Infant mental health journal**, v. 38, n. 5, p. 645-657, 2017.

World Health Organization et al. Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2018

World Health Organization. Operationalizing nurturing care for early childhood development: the role of the health sector alongside other sectors and actors. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. 2019.

Ximenes, Maria Aline Moreira et al. Efetividade de tecnologia educacional para prevenção de quedas em ambiente hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE01372, 2022.

Yakuwa, M. S.; Neill, S.; Mello, D. F. de. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança1. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

Zeanah, C. H.; Humphreys, K. L. Global prevalence of institutional care for children: a call for change. **The Lancet. Child & adolescent health**, v. 4, n. 5, p. 343-344, 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS REFERENTE À CARACTERIZAÇÃO DO SOCIODEMOGRÁFICAS E PROFISSIONAL E ÀS EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES DAS INSTITUIÇÕES DE ACOLHIMENTO

Nº DO INSTRUMENTO: _____

DATA: _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS.

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:** 1. () Feminino 2. () Masculino 3. () Outro
3. **Você se considera:** () Branco(a) 2. () Preto 3. () Pardo 4. () Amarelo
5. () Indígena
4. **Qual seu estado civil?** 1. () casado 2. () Solteiro 3. () União estável
4() viúvo 5. () divorciado
5. **Número de Filhos** _____
6. **Qual a sua religião?** 1. Católica () 2. Evangélica () 3. Espírita ()
4. Umbandista () 5. Sem religião () 6. Outro: _____
7. **Você mora em área?** () Rural () Urbana Procedência: () Capital () Região
metropolitana do Recife () Interior
8. **Anos de estudo:** _____
9. **Renda familiar:** _____(em reais)
10. **Escolaridade:** _____
11. **Tempo de experiência em casa de acolhimento infantil:**
_____Anos _____Meses _____Dias

NECESSIDADE COM OS CUIDADOS

12. **Você já teve alguma dificuldade com a estrutura e/ou materiais da casa de acolhimento?**
1. () SIM 2. () NÃO
13. **Se sim, qual(is)?**

14. **Você já teve dificuldades sobre a quantidade de profissionais que trabalham na casa?**
1. () SIM 2. () NÃO

15. Se sim, qual(is)?

16. Em relação ao trabalho em equipe na casa de acolhimento, você já teve dificuldades?

1. SIM 2. NÃO

17. Se sim, qual(is)?

18. No seu dia-a-dia, você tem ou já teve dificuldade em cuidar das crianças acolhidas?

1. SIM 2. NÃO

19. Se sim, qual(is)?

20. Você já teve alguma dificuldade em cuidar da saúde da criança acolhida?

1. SIM 2. NÃO

21. Se sim, qual(is)?

22. Sobre a saúde da criança, fale sobre o que você gostaria de conhecer mais.

23. Você já teve alguma dificuldade sobre a alimentação/nutrição da criança?

1. SIM 2. NÃO

24. Se sim, qual(is)?

25. Sobre alimentação/nutrição da criança, fale sobre o que você gostaria de conhecer mais.

26. Em relação interação com a criança, você já teve alguma dificuldade?

1. SIM 2. NÃO

27. Se sim, qual(is)?

28. Sobre interação com a criança, fale sobre o que você gostaria de conhecer mais.

29. Em relação ao desenvolvimento da criança, você já teve alguma dificuldade?

1. SIM 2. NÃO

30. Se sim, qual(is)?

31. Sobre desenvolvimento infantil, fale sobre o que você gostaria de conhecer mais.
-
32. Em relação acidentes e primeiros socorros com crianças, você já teve alguma dificuldade?
1. () SIM 2. () NÃO
33. Se sim, qual(is)?
-
34. Sobre acidentes e primeiros socorros, fale sobre o que você gostaria de conhecer mais.
-
35. Você já teve alguma dificuldade em cuidar da higiene corporal da criança,
1. () SIM 2. () NÃO
36. Se sim, qual(is)?
-
37. Sobre higiene corporal, fale sobre o que você gostaria de conhecer mais.
-
38. Em relação a violência sofrida pela criança, você já teve alguma dificuldade para lidar? 1. () SIM 2. () NÃO
39. Se sim, qual (is)?
-
40. Sobre violência na infância, o que você gostaria de conhecer mais?
-
41. Sobre os cuidados acima, qual deles você tem mais dificuldade de lidar?
-
42. Quais as experiências positivas você vive ou já vivenciou no cuidado a criança?
-

EDUCAÇÃO CONTINUADA

43. Ao cuidar da criança, você já teve dificuldades em relação ao seu preparo profissional? 1. () SIM 2. () NÃO
44. Se sim, qual(is)?
-
45. Enquanto esteve atuando em Casa(s) de Acolhimento já participou de alguma capacitação/formação? 1. () SIM 2. () NÃO
46. Se sim, quantas vezes as capacitações ocorreram? _____
47. Se sim, quando foi a última vez? _____ dias
48. Se sim, quais assuntos foram abordados nesta capacitação
-
-

49. **Você tem interesse em de momentos de capacitação/formação?** 1. () SIM 2. () NÃO

TECNOLOGIA EDUCACIONAL

50. **Você gostaria de receber algum material educativo que lhe informasse sobre cuidados com estas crianças?** 1. () SIM 2. () NÃO
51. **Qual formato do material educativo atenderia suas necessidades no trabalho?**
1. Cartilha
 2. Folder (panfleto)
 3. Gibi
 4. Aplicativo para celular
 5. Manual
 6. Vídeo
 7. Álbum seriado
 8. Outro: _____

52. Dúvidas e sugestões, se houver:

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS CUIDADORES DE CRIANÇAS EM ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/PROPESQ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Desenvolvimento e Validação De Tecnologia Educacional Sobre Cuidados com Crianças Em Acolhimento Institucional, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Bárbara Letícia Cruz dos Santos, Enfermeira Pediatra e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, contatos: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife – PE. CEP: 50670-901, (81) 99814-1727 (inclusive para ligações a cobrar) e email: barbaraleticia09@gmail.com, e está sob a orientação de Luciana Pedrosa Leal e Cleide Maria Pontes Telefone: (81)2126-8566, e-mail (ppgenfermagem.ufpe@gmail.com).

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Estamos convidando o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada: “TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES”, onde vamos desenvolver um material educativo que auxilie no trabalho dos cuidados com as crianças acolhidas. Para isto, será importante sua participação nesta etapa, através do preenchimento de um questionário, buscando saber quais assuntos lhes interessam ter no material e qual tipo de material atenderia a necessidade.

Para isso, a sua participação nesta pesquisa consistirá em responder, junto à pesquisadora, em um único momento, à perguntas de um questionário elaborado para esta pesquisa. A entrevista será gravada com suporte para captação de áudio, destinado apenas para este fim, para melhor captar as suas respostas aos questionamentos que serão realizados.

Antes de começar a entrevista a pesquisadora esclarecerá como ocorrerá a pesquisa, seus riscos e benefícios, os objetivos, etapas do estudo, bem como dará abertura para possíveis dúvidas. Mas é possível que durante a entrevista exista o risco de em algum momento o (a) Sr. (a) se sentir cansado, constrangido e com vergonha em compartilhar informações. Por isso, a pesquisadora combinará com você o melhor momento para realização da entrevista, que durará de 15 a 20 minutos, em local reservado, em uma única vez, com pausas sempre que o (a) Sr (a) achar necessário. Além disso, será garantido o sigilo de todas as informações coletadas que serão arquivadas e identificadas com “falsos nomes”, para que sua identidade não seja revelada. Durante a entrevista o (a) Sr. (a) não é obrigado a responder nenhuma pergunta e poderá tirar dúvidas ou encerrar a entrevista a qualquer momento.

Com a participação na pesquisa, o (a) Sr. (a) não receberá nenhum valor ou premiação, mas os conhecimentos adquiridos através do material podem lhe ser úteis, já que nele conterà informações que atendam às suas necessidades nos cuidados a criança, o que pode trazer maior facilidade e segurança na prática de seu trabalho.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados serão mantidos sob controle e supervisão apenas do pesquisador e do orientador, e ficarão armazenados na forma de arquivos digitalizados sob sigilo e cuidados do orientador no computador do Departamento de Enfermagem da UFPE, no endereço citado a cima, por um período mínimo de cinco anos, após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: **TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura

APÊNDICE C –PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/PROPESQ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA APLICAÇÃO DO FORMULÁRIO AOS CUIDADORES

1. Apresentar-se ao (a) cuidador (a) e informar seu nome e instituição de origem;
2. Convidá-lo para um local reservado na própria casa de acolhimento;
3. Explicar o objetivo, riscos e benefícios da pesquisa;
4. Explicar o formulário ao participante e esclarecer que sua aplicação se dará por meio da entrevista dirigida;
5. Ler o TCLE junto ao participante (APÊNDICE B);
6. Caso o(a) cuidador(a) aceite participar da pesquisa, solicitar assinatura do TCLE;
7. Iniciar entrevista individual para aplicação do formulário, seguindo a ordem numérica das perguntas. Deixar claro que as dúvidas podem ser esclarecidas a qualquer momento;
8. Encerrar a entrevista e agradecer ao participante.

APÊNDICE D - CARTA CONVITE PARA AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO E APARÊNCIA POR JUÍZES ESPECIALISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/PROPESQ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

CARTA CONVITE

Sr/Sra., venho através deste, convidá-lo(a) para participar como Juiz na validação de uma tecnologia educacional sobre cuidados com crianças em acolhimento. Esta, constitui uma das etapas da pesquisa intitulada: “TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES” Este estudo integra a dissertação de doutorado da enfermeira Bárbara Letícia Cruz dos Santos, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, sob orientação da Profa. Dra. Luciana Pedrosa Leal. Caso concorde em participar, sua contribuição como juiz se dará por você ser considerado apto para julgar a adequação do conteúdo que constará na tecnologia voltada para este público-alvo. Conto com sua indispensável contribuição para o aprimoramento da tecnologia que buscará auxiliar o trabalho de cuidadores no cuidado a criança em acolhimento, onde só será possível por meio da sua avaliação. Em caso de aceite, lhe serão enviados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a tecnologia educacional, o instrumento para caracterização e o de avaliação.

Estou à disposição para esclarecimentos à eventuais dúvidas, através do email barbaraleticia09@gmail.com e telefone: (81) 998141727.

Cordialmente,

Bárbara Letícia Cruz dos Santos

**APÊNDICE E- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
COLETA DE DADOS VIRTUAL (TCLE)- JUÍZES ESPECIALISTAS PARA
VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO E APARÊNCIA DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/PROPESQ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 510/16)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Desenvolvimento e Validação De Tecnologia Educacional Sobre Cuidados com Crianças Em Acolhimento Institucional, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Bárbara Letícia Cruz dos Santos, Enfermeira Pediatra e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, contatos: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife – PE. CEP: 50670-901, (81) 99814-1727 (inclusive para ligações a cobrar) e email: barbaraleticia09@gmail.com, sob a orientação de Luciana Pedrosa Leal e Cleide Maria Pontes Telefone: (81)2126-8566, e-mail (ppgenfermagem.ufpe@gmail.com).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de “Aceito participar da pesquisa” no final desse termo.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Estamos convidando o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada: “TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES”, onde vamos desenvolver um material educativo que auxilie no trabalho dos cuidados com as crianças acolhidas. Para isto, será importante sua participação nesta etapa, através do preenchimento de um questionário que avaliará se a Tecnologia Educacional atende às necessidades.

Para alcançar este objetivo, você está sendo convidado como juiz especialista para a validação por ter sido considerado apto para julgar a adequação do conteúdo que constará na tecnologia. Assim, você precisará ler o material educativo e preencher um instrumento composto por duas partes: uma com informações sobre você e sua formação para que fique

documentado que seu perfil profissional contempla as características de alguém, que especialista na área de saúde da criança, pode participar como juiz neste estudo; e o segundo instrumento para avaliar os itens da tecnologia.

Neste estudo existe o riscos de constrangimento e cansaço, decorrente do preenchimento das informações no questionário. Para minimizar esse risco, sua identidade será mantida em sigilo, ademais, o instrumento de avaliação será enviado por e-mail, permitindo-lhe responder os questionamentos em momento e local que julgue conveniente, oportuno e confortável, tendo como tempo estimado para o preenchimento 15 a 20 minutos. Por se tratar de uma etapa virtual, existe ainda o risco de extravio de dados. Por isso, as informações coletadas não serão armazenadas em nuvem ou ambiente de possível compartilhamento, mas será feito o download dos dados para um dispositivo local onde serão mantidos sob controle e supervisão apenas do pesquisador e do orientador. Reforçamos ainda a importância do Sr. (a) guardar uma cópia do seu documento em um arquivo pessoal.

Este estudo tem como benefício contribuir com conhecimento dos cuidadores, ao disponibilizar as orientações científicas que atendam às necessidades destes profissionais na prestação de cuidados a criança, o que pode trazer maior facilidade e segurança no desempenho de seu trabalho. Com a participação na pesquisa, o (a) Sr. (a) não receberá nenhum valor ou premiação, no entanto, participar como avaliador deste estudo pode colaborar para a sua formação e conhecimento científico, ao contribuir para a construção de um material na área da saúde da criança, bem como para produção científica da área.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados serão mantidos sob controle e supervisão apenas do pesquisador e do orientador, e ficarão armazenados na forma de arquivos digitalizados sob sigilo e cuidados do orientador no computador do Departamento de Enfermagem da UFPE, no endereço citado a cima, por um período mínimo de cinco anos, após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver

necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br**).

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: **TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

() Aceito Participar da pesquisa

() Não aceito participar da pesquisa

**APÊNDICE F - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS PARA
CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES ESPECIALISTAS PARA AVALIAÇÃO DA
TECNOLOGIA EDUCACIONAL**

Formulário n°:	
1 Sexo: 1.() Feminino 2.() Masculino	
2 Idade: _____ anos	
3 Ocupação: 1.() Docência 2.() Assistência	
4 Local de Trabalho: 1.() IES pública 2.() IES privada 3.() Hospital 4. () ESF	
5 Município de Trabalho:	
6 Tempo de formação:	
7 Tempo de atuação:	
PROFISSIONAIS ATUANTES NA DOCÊNCIA	
8 Mestrado: 1.() SIM 2.() NÃO	
9 Mestre com dissertação na área da saúde da criança ou saúde da criança 1.() SIM 2.() NÃO	
10 Doutorado: 1. () SIM 2.() NÃO	
11 Doutorado com tese na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
12 Especialização na área da saúde da criança ou saúde da família ou educação em saúde: 1.() SIM 2.() NÃO	
13 Ministra ou ministrou aula na disciplina na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
14 Ministra ou ministrou aula em curso de especialização na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
15 Pesquisa na área da saúde da criança nos últimos cinco anos: 1.() SIM 2.() NÃO	

16 Projeto de extensão na área de ou saúde da criança nos últimos cinco anos: 1.() SIM 2.() NÃO	
17 Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área de saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO, Se SIM, quantos: ____	
PROFISSIONAIS ATUANTES NA ASSISTÊNCIA	
18 Mestre com dissertação na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
19 Doutorado com tese na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
20 Especialização em na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
21 Experiência profissional na assistência na área da saúde da criança de no mínimo 2 anos: 1.() SIM 2.() NÃO	
23 Ministra ou ministrou disciplinas ou cursos na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
24 Curso de atualização na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO	
25 Produção de artigo científico resultante de pesquisa na área da saúde da criança: 1.() SIM 2.() NÃO, Se SIM, quantos: _____	

APÊNDICE G- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO EDUCATIVO EM SAÚDE (IVCES), FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL, 2017 (LEITE; 2018) –

OBJETIVOS: propósitos, metas ou finalidades	0	1	2
1. Contempla tema proposto			
2. Adequado ao processo de ensino-aprendizagem			
3. Esclarece dúvidas sobre o tema abordado			
4. Proporciona reflexão sobre o tema			
5. Incentiva mudança de comportamento			
ESTRUTURA/APRESENTAÇÃO: organização, estrutura, estratégia, coerência e suficiência	0	1	2
6. Linguagem adequada ao público-alvo			
7. Linguagem apropriada ao material educativo			
8. Linguagem interativa, permitindo envolvimento ativo no processo educativo			
9. Informações corretas			
10. Informações objetivas			
11. Informações esclarecedoras			
12. Informações necessárias			
13. Sequência lógica das ideias			
14. Tema atual			
15. Tamanho do texto adequado			

RELEVÂNCIA: significância, impacto, motivação e interesse	0	1	2
--	----------	----------	----------

16. Estimula o aprendizado

17. Contribui para o conhecimento na área

18. Desperta interesse pelo tema

Nota: Valoração dos itens: 0 discordo; 1 concordo parcialmente; 2 concordo totalmente.

APÊNDICE H - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL EM SAÚDE (IVATES). FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL, 2014.

Itens	1	2	3	4	5
	Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
1. As ilustrações estão adequadas para o público-alvo.					
2. As ilustrações são claras e transmitem facilidade de compreensão.					
3. As ilustrações são relevantes para compreensão do conteúdo pelo público-alvo.					
4. As cores das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
5. As formas das ilustrações estão adequadas para o tipo de material.					
6. As ilustrações retratam o cotidiano do público alvo da intervenção.					
7. A disposição das figuras está em harmonia com o texto.					
8. As figuras utilizadas elucidam o conteúdo do material educativo.					
9. As ilustrações ajudam na exposição da temática e estão em uma sequência lógica.					
10. As ilustrações estão em quantidade adequadas no material educativo.					
11. As ilustrações estão em tamanhos adequados no material educativo.					
12. As ilustrações ajudam na mudança de comportamentos e atitudes do público alvo.					

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - CUIDADORES NA ANÁLISE SEMÂNTICA DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO/PROPEAQ
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: Desenvolvimento e Validação De Tecnologia Educacional Sobre Cuidados com Crianças Em Acolhimento Institucional, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Bárbara Letícia Cruz dos Santos, Enfermeira Pediatra e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE, contatos: Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife – PE. CEP: 50670-901, (81) 99814-1727 (inclusive para ligações a cobrar) e email: barbaraleticia09@gmail.com, e está sob a orientação de Luciana Pedrosa Leal e Cleide Maria Pontes Telefone: (81)2126-8566, e-mail (ppgenfermagem.ufpe@gmail.com).

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Estamos convidando o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa intitulada: “TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES”, onde foi desenvolvido um material educativo para auxiliar o trabalho dos cuidadores nos cuidados com as crianças acolhidas. Para isto, será importante sua participação nesta etapa, através do preenchimento de um questionário que avaliará se a tecnologia educacional atende a esta necessidade.

Para alcançar este objetivo, você está sendo convidado para avaliar se esta tecnologia educacional, de fácil entendimento e visualização, pode ser utilizada por profissionais como cuidadores na prestação de cuidados as crianças acolhidas. A avaliação do material pretende conhecer se se o assunto transmitido a está adequado, se foi possível entender sobre o tema abordado e o que precisa ser melhorado. Assim, você precisará ler o material educativo e preencher um instrumento composto por duas partes: a primeira, com informações sobre você e sua formação para que fique documentado seus dados e a segunda, para avaliar os itens da tecnologia.

Antes de começar a entrevista a pesquisadora esclarecerá como ocorrerá a pesquisa, seus riscos e benefícios, os objetivos, etapas do estudo, bem como dará abertura para possíveis dúvidas. Mas é possível que durante a entrevista exista o risco de em algum momento o (a) Sr. (a) se sentir cansado, constrangido e com vergonha em compartilhar informações. Por isso, a pesquisadora combinará com você o melhor momento para realização da entrevista, que durará de 15 a 20 minutos, em local reservado, em uma única vez, com pausas sempre que o (a) Sr (a) achar necessário. Além disso, será garantido o sigilo de todas as informações coletadas que serão arquivadas e identificadas com “falsos nomes”, para que sua identidade não seja revelada. Durante a entrevista o (a) Sr. (a) não é obrigado a responder nenhuma pergunta e poderá tirar dúvidas ou encerrar a entrevista a qualquer momento.

Com a participação na pesquisa, o (a) Sr. (a) não receberá nenhum valor ou premiação, mas os conhecimentos adquiridos através do material podem lhe ser úteis, já que nele conterà informações que atendam às suas necessidades nos cuidados à criança, o que pode trazer maior facilidade e segurança na prática de seu trabalho.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados serão mantidos sob controle e supervisão apenas do pesquisador e do orientador, e ficarão armazenados na forma de arquivos digitalizados sob sigilo e cuidados do orientador no computador do Departamento de Enfermagem da UFPE, no endereço citado a cima, por um período mínimo de cinco anos, após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: **TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE CUIDADOS COM CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS DIRECIONADA A CUIDADORES**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura

APÊNDICE J – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES DA ANÁLISE SEMÂNTICA DA TECCOLOGIA EDUCACIONAL: CUIDADORES

Nº DO INSTRUMENTO: _____

DATA: _____

Dados sociodemográficos e profissionais.

1. Idade: _____
2. Sexo: 1. Feminino 2. Masculino 3. Outro
3. Você se considera:
 1. Branco(a) 2. Preto 3. Pardo
 4. Amarelo 5. Indígena
4. Qual seu estado civil?
 1. casado 2. Solteiro 3. União estável
 4. viúvo 5. divorciado
5. Número de Filhos _____
6. Qual a sua religião?
 1. Católica 2. Evangélica 3. Espírita
 4. Umbandista 5. Sem religião
 6. Outro: _____
7. Você mora em área? Rural Urbana Procedência: Capital Região metropolitana do Recife Interior
8. Anos de estudo: _____
9. Renda familiar: _____(em reais)
10. Graduado ou técnico em que área? _____
11. Tempo de experiência em casa de acolhimento infantil:
____Anos ____Meses ____Dias