

Artigo original

Comparação da efetividade de cartilhas impressa e virtual sobre cuidados domiciliares com recém-nascidos*

Comparison of the effectiveness of printed and digital booklets on home care for newborns
Comparación de la eficacia de los folletos impresos y digitales sobre los cuidados domiciliarios de los recién nacidos

Gabrielle Beltrão de Oliveira¹ , Fernanda Garcia Bezerra Góes¹ ,
Maithê de Carvalho e Lemos Goulart¹ ,
Aline Cerqueira Santos Santana da Silva¹ , Ingrid Lucchese¹ ,
Mariana Viana Toledo¹ , Larissa Gomes Ferreira¹ ,
Manuela Silva de Oliveira¹ 

¹ Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil

*Extraído de um Projeto de Iniciação Científica, Universidade Federal Fluminense, 2023-2024.

Resumo

Objetivo: comparar a efetividade das versões impressa e virtual de uma cartilha educativa na ampliação do conhecimento de familiares cuidadores sobre os cuidados domiciliares com recém-nascidos. **Método:** estudo quase experimental, conduzido em três etapas (pré-teste, intervenção e pós-teste), realizado em um hospital municipal de Rio das Ostras, Brasil, entre janeiro e julho de 2024. Participaram 104 familiares de recém-nascidos, distribuídos igualmente em dois grupos (cartilha impressa e cartilha virtual). Foram utilizados os testes de McNemar e Qui-quadrado, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** verificou-se aumento nas respostas corretas no pós-teste em ambos os grupos, sendo 22,2% na versão impressa e 17,9% na versão virtual. A comparação entre os grupos não revelou diferença estatisticamente significativa entre as versões. **Conclusão:** ambas as versões da cartilha apresentaram efetividade semelhante na ampliação do conhecimento de familiares cuidadores sobre os cuidados domiciliares com recém-nascidos.

Descritores: Recém-Nascido; Educação em Saúde; Efetividade; Cuidado Pós-Natal; Tecnologia Educacional

Abstract

Objective: to compare the effectiveness of the printed and digital versions of an educational booklet in expanding the knowledge of family caregivers about home care for newborns. **Method:** a quasi-experimental study, conducted in three stages (pre-test, intervention, and post-test), carried out in a municipal hospital in Rio das Ostras, Brazil, between January and July 2024. 104 family members of newborns participated, equally distributed into two groups (printed

booklet and digital booklet). McNemar's and Chi-square tests were used, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results:** an increase in correct answers was observed in the post-test in both groups, being 22.2% in the printed version and 17.9% in the digital version. The comparison between the groups did not reveal a statistically significant difference between the versions. **Conclusion:** both versions of the booklet showed similar effectiveness in expanding the knowledge of family caregivers about home care for newborns.

Descriptors: Infant, Newborn; Health Education; Effectiveness; Postnatal Care; Educational Technology

Resumen

Objetivo: comparar la eficacia de las versiones impresa y virtual de un folleto educativo para ampliar los conocimientos de los familiares cuidadores sobre los cuidados domiciliarios de los recién nacidos. **Método:** estudio cuasi-experimental, llevado a cabo en tres etapas (pre-prueba, intervención y post-prueba), realizado en un hospital municipal de Rio das Ostras, Brasil, entre enero y julio de 2024. Participaron 104 familiares de recién nacidos, distribuidos por igual en dos grupos (folleto impreso y folleto virtual). Se utilizaron las pruebas de McNemar y chi-cuadrado, con un nivel de significación del 5 % ($p < 0,05$). **Resultados:** se observó un aumento de las respuestas correctas en la post-prueba en ambos grupos, siendo del 22,2 % en la versión impresa y del 17,9 % en la versión virtual. La comparación entre los grupos no reveló diferencias estadísticamente significativas entre las versiones. **Conclusión:** ambas versiones del folleto mostraron una eficacia similar a la hora de ampliar los conocimientos de los familiares cuidadores sobre los cuidados domiciliarios de los recién nacidos.

Descriptores: Recién Nacido; Educación en Salud; Efectividad; Atención Posnatal; Tecnología Educativa

Introdução

Estima-se que mais de 70% das mortes neonatais aconteçam por causas evitáveis, principalmente por atenção inapropriada à gestante, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.¹ A qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos, desde o parto até o domicílio, nos primeiros dias de vida, é imprescindível para a sobrevivência e para o desenvolvimento saudável e harmonioso, constituindo um dos desafios globais a serem enfrentados, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade nesse período.²

No Brasil, nas últimas décadas, houve uma redução superior a 80% na taxa de mortalidade infantil, alcançando-se, com êxito, o quarto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, cuja meta era reduzir a mortalidade de crianças menores de cinco anos.³ Contudo, observa-se que, apesar dessa redução ao longo dos anos, os índices nessa faixa etária ainda são considerados altos, sobretudo quando comparados entre as diferentes regiões brasileiras, especialmente no que se refere aos óbitos neonatais.⁴

Há uma série de cuidados preventivos básicos desenvolvidos na família e na comunidade que colaboram para a diminuição da morbimortalidade neonatal, como

aleitamento materno exclusivo, higiene adequada, inclusive do coto umbilical, e oferta de calor, entre outros.² Portanto, os familiares, durante o período neonatal, precisam se ajustar aos cuidados necessários ao recém-nascido, que muitas vezes são rodeados de inseguranças e dúvidas.⁵

Dessa forma, é fundamental que eles estejam adequadamente preparados para essa transição crítica, a fim de prevenir riscos evitáveis. Recomenda-se, portanto, que as orientações da equipe de saúde sobre cuidados pós-natais seguros aconteçam transversalmente, desde o pré-natal até a transição segura da maternidade para o domicílio, considerando que a realização inadequada desses cuidados pode acarretar danos reais à saúde do bebê, comprometendo sua sobrevivência.²

Nesse contexto, a educação em saúde emerge como uma estratégia fundamental, especialmente no que tange ao cuidado domiciliar no período neonatal, momento em que os familiares assumem integralmente a responsabilidade pelo bem-estar do bebê. Para tanto, as tecnologias educacionais, como as cartilhas educativas, são importantes aliadas nesse processo educativo, na medida em que impactam positivamente o processo de ensino-aprendizagem, permitindo ao leitor consultar o material sempre que desejar, reforçando orientações e esclarecendo dúvidas.⁶ Ademais, são ferramentas úteis para fortalecer o autocuidado e tornar o aprendizado uma experiência mais colaborativa.⁷

Dada essa importância, recentemente foi desenvolvida uma cartilha educativa, nas versões impressa e virtual, destinada a familiares cuidadores, intitulada “Cuidados domiciliares com o recém-nascido”, com base em evidências científicas e abarcando temas como o processo de alta da maternidade, visitas ao bebê, banho e higiene do coto umbilical, entre outros. O conteúdo dessa tecnologia foi validado por especialistas (enfermeiros e profissionais das áreas de comunicação social e informática) e avaliado pelo público-alvo (gestantes, puérperas e familiares de recém-nascidos) de forma satisfatória, em estudo anterior.⁸

Diante da validação do conteúdo da cartilha, emergiu a necessidade de avaliar sua efetividade, especialmente no que se refere à ampliação do conhecimento dos familiares cuidadores sobre os cuidados domiciliares com recém-nascidos. As cartilhas são reconhecidas como valiosos instrumentos de comunicação, pois contribuem para a educação em saúde em razão de sua acessibilidade. Podem ser lidas, anotadas e consultadas no

domicílio, funcionando como uma extensão do acompanhamento profissional para além do serviço de saúde.⁹

Por um lado, os materiais educativos impressos permitem que o indivíduo gerencie seu próprio processo de ensino-aprendizagem, avançando na leitura em seu próprio ritmo; por outro, os materiais virtuais podem complementar o conteúdo escrito, ampliando a compreensão dos pacientes sobre os cuidados por meio de ferramentas multimídia. Contudo, são raros os estudos que comparam a efetividade das versões impressa e virtual de cartilhas educativas, tendo sido identificado apenas um voltado ao autoexame ocular.¹⁰ Diante da escassez de estudos na literatura científica, a presente investigação buscou preencher essa lacuna ao verificar se o formato do material educativo influencia o processo de aprendizagem ou se não há diferenças significativas na efetividade entre cartilhas impressas e virtuais.

A cartilha validada pode contribuir para a redução da morbimortalidade neonatal, alinhando-se à segunda meta do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável.² Entretanto, persistem lacunas de evidência quanto à efetividade comparativa entre diferentes formatos de cartilhas, o que dificulta subsidiar a indicação mais adequada por parte dos profissionais de saúde, considerando as preferências dos usuários e os desafios relacionados à acessibilidade digital.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi comparar a efetividade das versões impressa e virtual de uma cartilha educativa na ampliação do conhecimento de familiares cuidadores sobre os cuidados domiciliares com recém-nascidos.

Método

Trata-se de um estudo quase experimental, com dois grupos (cartilha impressa e cartilha virtual), de abordagem quantitativa,¹¹ desenvolvido entre janeiro e julho de 2024, em um hospital municipal localizado em Rio das Ostras, município da região litorânea do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Adotaram-se as diretrizes da ferramenta TREND (*Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs*) para a descrição da pesquisa.

A população foi composta por gestantes, puérperas e outros familiares de recém-nascidos. De acordo com o Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos do Ministério da Saúde, a média mensal de nascidos vivos no município de Rio das Ostras, em 2022, foi de 140,75, valor considerado como população do estudo para o cálculo

amostral. Assim, utilizou-se o cálculo amostral para populações finitas ($N = 141$), com escore $Z = 1,96$ (intervalo de confiança de 95%), $p = 0,5$ (maior heterogeneidade da amostra) e $e = 0,05$ (margem de erro de 5%). Esse procedimento resultou em uma amostra mínima de 104 participantes, distribuídos equitativamente entre os dois grupos de intervenção (cartilha impressa e cartilha virtual).

Os critérios de inclusão foram: gestantes, puérperas e/ou outros familiares com idade superior a 18 anos, cujos recém-nascidos estivessem em boas condições de saúde e internados no Alojamento Conjunto do cenário da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: gestantes, puérperas e/ou outros familiares que apresentassem comprometimento do estado de saúde que dificultasse a avaliação da cartilha educativa; pessoas com deficiência visual e/ou auditiva; analfabetos; aqueles que já tivessem tido contato prévio com o material, em qualquer de suas modalidades; e participantes que não concluíssem as três etapas do estudo.

A pesquisa foi estruturada em três etapas: pré-teste, intervenção e pós-teste. A coleta de dados foi realizada por uma acadêmica de enfermagem, sob a supervisão de professora doutora orientadora, com experiência nesse tipo de estudo. A preparação da equipe incluiu treinamento teórico e prático. Os participantes foram abordados pessoalmente nas enfermarias, devido à facilidade em termos de encontrá-los nesse ambiente. A amostragem foi não probabilística, do tipo consecutiva, incluindo todos os indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo, com início em janeiro de 2024 e continuidade até o alcance do tamanho mínimo da amostra, em julho de 2024. Cada grupo teve acesso a uma modalidade da cartilha: os primeiros 52 participantes utilizaram a versão impressa, enquanto os 52 subsequentes utilizaram a versão virtual.

A ausência de randomização deveu-se à dificuldade de recrutamento de participantes, uma vez que a adoção de sorteio poderia limitar ainda mais o alcance da amostra mínima no período estipulado para a coleta de dados. Ressalta-se, porém, que não havia vínculo prévio entre as pesquisadoras e os participantes, e que foram adotados os mesmos critérios de elegibilidade para ambos os grupos, o que contribuiu para minimizar possíveis vieses e assegurar maior comparabilidade entre as intervenções.

O formulário de coleta de dados, impresso e de autopreenchimento, foi desenvolvido pelas pesquisadoras especificamente para este estudo e dividido em duas

partes. Embora não tenha sido submetido à validação por especialistas externos, seu conteúdo foi revisado e consensuado por três professoras doutoras com experiência na área, integrantes da equipe de pesquisa. A primeira parte do instrumento consistia em perguntas fechadas para caracterizar os participantes, abrangendo sexo, idade, escolaridade, profissão e grau de parentesco com o recém-nascido. A segunda parte continha perguntas sobre os cuidados domiciliares com recém-nascidos, com o objetivo de avaliar o conhecimento dos participantes sobre o tema antes e depois da intervenção. O instrumento era composto por 21 afirmações, nas quais os participantes deveriam assinalar “Verdadeiro” (V), “Falso” (F) ou “Não Sei” (NS).

Inicialmente, realizou-se um teste piloto com dez indivíduos, familiares cuidadores, com o objetivo de verificar a aplicabilidade do instrumento e da cartilha. Esses participantes atenderam aos mesmos critérios de inclusão e exclusão do grupo amostral e foram selecionados de forma aleatória no cenário da pesquisa. Os resultados indicaram que o formulário era viável e compreensível para a população-alvo, bem como que o tempo de leitura da cartilha era adequado, independentemente da modalidade. Esses participantes não integraram a amostra final para a análise dos dados, e nenhum ajuste no instrumento foi necessário.

Na primeira abordagem aos potenciais participantes, foram apresentados o estudo, seus objetivos e os procedimentos previstos para a coleta de dados. Após a concordância em participar, solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entregue uma via a cada participante. Em seguida, deu-se início à primeira etapa, o pré-teste, na qual cada participante recebeu individualmente uma prancheta, uma caneta azul e o formulário impresso, com tempo médio estimado de 15 minutos para sua conclusão, o mesmo para ambos os grupos. Durante essa fase, os participantes foram orientados a responder livremente, com base em seus conhecimentos prévios sobre o tema abordado.

Na segunda etapa, correspondente à intervenção, foi apresentada aos participantes a cartilha educativa, composta por 24 páginas ilustradas, coloridas e informativas. Seu conteúdo foi embasado nas recomendações das principais entidades de referência: Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Imunizações. Na pesquisa, o acesso à versão virtual ocorreu por meio de um *smartphone* fornecido pela pesquisadora, com o material previamente baixado. Para a versão impressa, utilizou-se um

exemplar disponibilizado pela pesquisadora. As cartilhas diferiam quanto ao formato e ao nível de interatividade: a versão impressa, em papel branco, permitia folhear e revisar seções específicas sem menus digitais, enquanto a versão virtual, acessada em dispositivos eletrônicos, oferecia imagens com melhor definição e navegação facilitada por mecanismos de busca. Estimou-se um tempo médio de 60 minutos para leitura e releitura, o qual foi igual para ambos os grupos.

Na terceira etapa (pós-teste), foi entregue individualmente a cada participante um novo formulário impresso de autopreenchimento, contendo as mesmas questões utilizadas no pré-teste, acompanhado de uma prancheta e uma caneta azul. Os participantes de ambos os grupos tiveram, em média, 15 minutos para marcar livremente suas respostas, podendo optar por alternativas diferentes daquelas assinaladas anteriormente.

As três etapas com o mesmo indivíduo ocorreram no mesmo dia, com tempo médio estimado de 45 minutos para sua realização, visando minimizar as chances de vieses na pesquisa, como a busca de informações com outras pessoas ou na internet, o lapso de memória, além de evitar a perda de participantes, uma vez que eles poderiam receber alta hospitalar durante o processo de coleta de dados. Durante as etapas da pesquisa, não foi aberto espaço para esclarecimento de dúvidas, pois a efetividade da tecnologia educacional estava em avaliação. Contudo, após o encerramento do pós-teste, todas as dúvidas eventualmente surgidas sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido foram devidamente esclarecidas pela pesquisadora.

Os dados coletados foram tabulados em planilha no *Microsoft Excel* e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Para garantir a precisão e a confiabilidade das informações, foi realizada a dupla digitação das respostas dos formulários. A estatística descritiva foi utilizada para calcular medidas de tendência central, frequências e dispersão para as variáveis de caracterização. Todas as respostas do pré-teste e do pós-teste foram dicotomizadas em corretas e incorretas, considerando as respostas “Não Sei” (NS) como não corretas.

Considerando que os dados eram categóricos (respostas corretas e incorretas), foi inicialmente aplicado o teste de McNemar para comparar as proporções de acertos antes e após a consulta em cada grupo, correspondente às modalidades de cartilha impressa e virtual, analisadas separadamente. Essa abordagem permitiu avaliar a efetividade de cada

tipo de cartilha com base nas proporções de acertos no pós-teste em relação ao pré-teste, identificando qual das modalidades resultou em uma proporção de acertos estatisticamente superior. Não foi gerada uma pontuação geral a partir do formulário, mas realizada uma análise item a item, com o objetivo de comparar o número de acertos no pré e no pós-teste para cada tipo de cartilha. A variação percentual foi calculada a partir da diferença entre os percentuais de acertos no pós-teste e no pré-teste, dividida pelo percentual inicial e multiplicada por 100.

Posteriormente, foi utilizado o teste do Qui-quadrado para comparar as proporções de acertos no pós-teste entre os dois grupos independentes submetidos a diferentes intervenções (cartilha impressa ou virtual). Essa comparação permitiu identificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre o número de acertos após o uso das diferentes modalidades de cartilha. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 19 de dezembro de 2023, por meio do Parecer n.º 6.591.099 e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 69357923.0.0000.5243.

Resultados

Participaram do estudo 90 mulheres (86,5%) e 14 homens (13,5%). Em relação ao grau de parentesco com o recém-nascido, 76 (73,1%) eram mães, 13 (12,5%) pais, sete (6,7%) tias, seis (5,8%) avós, um (1,0%) tio e uma (1,0%) irmã. A idade dos participantes variou entre 18 e 65 anos, com média de 28 anos ($DP \pm 8,5$). Quanto à escolaridade, os participantes possuíam ensino fundamental ($n = 15$; 14,6%), ensino médio ($n = 63$; 61,2%), ensino superior ($n = 24$; 23,3%) e pós-graduação ($n = 1$; 1,0%). Houve um participante que não respondeu a essa pergunta. Em relação à ocupação, 13 (12,5%) eram do lar, oito (7,7%) autônomos, cinco (4,8%) professores, cinco (4,8%) desempregados, entre outras ocupações.

Em relação à cartilha impressa, notou-se um crescimento no total de acertos após o uso da tecnologia educacional. Do total de 1.092 (100%) acertos possíveis, foram registrados 636 (58,2%) acertos no pré-teste e 777 (71,1%) acertos no pós-teste, resultando em um aumento percentual de 22,2% nas respostas corretas. Na análise item a item, observou-se que em 17 (80,9%) questões houve aumento no número de acertos, em duas (9,5%) questões houve manutenção e em duas (9,5%) questões houve redução, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Acertos dos familiares sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido no pré-teste e no pós-teste, segundo a cartilha educativa impressa. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2024 (n = 52)

Itens	Acertos			
	Pré-teste	Pós-teste	Valor-p	Variação
	n(%)	n(%)	p*	%
1. O processo de alta da maternidade se refere apenas ao momento da saída do hospital para casa.	14(26,9)	30(57,7)	0,002	114,3↑
2. O apoio da família é fundamental nesse momento de adaptação da chegada do bebê em casa, então, é importante ter sempre alguém por perto e não sentir vergonha em pedir ajuda aos familiares quando precisar.	52(100)	52(100)	-	0,0=
3. Quando receber visitas, antes do contato com o bebê é importante que lavem as mãos com água e sabão ou utilizem álcool a 70% para higienizá-las.	51(98,1)	52(100)	1,000	2,0↑
4. Sobre o sono do bebê, é importante que nas sonecas tiradas durante o dia o ambiente esteja o mais silencioso e escuro possível para que ele entenda que é hora de dormir.	18(34,6)	30(57,7)	0,004	66,7↑
5. Deve-se evitar deixar travessheiros e bichinhos de pelúcia em volta do bebê enquanto ele dorme, pois esses objetos são um risco para sufocamento.	44(84,6)	48(92,3)	0,219	9,1↑
6. O banho de banheira é o mais indicado.	33(63,5)	43(82,7)	0,013	30,3↑
7. O banho do recém-nascido deve durar entre 8 e 15 minutos.	14(26,9)	29(55,8)	0,001	107,1↑
8. Após o banho é importante realizar os cuidados com o coto umbilical utilizando álcool a 70% ou clorexidina a 4% para ajudar na cicatrização.	46(88,5)	50(96,2)	0,125	8,7↑
9. O uso de moedas é contraindicado, mas pode-se utilizar as faixas umbilicais para que o umbigo não fique para fora.	19(36,5)	25(48,1)	0,180	31,6↑
10. Sobre a troca de fraldas, é importante utilizar bastante pomada para prevenir assaduras.	15(28,8)	31(59,6)	0,000	106,7↑
11. O ideal é evitar lenços umedecidos, deixando para usá-los somente em situações de emergência, como na rua. Em casa, deve-se preferir lavar a área da fralda utilizando água morna, algodão e o sabonete adequado.	43(82,7)	46(88,5)	0,453	7,0↑
12. O banho de sol é ótimo para tratar a icterícia (bebê amarelado).	5(9,6)	25(48,1)	0,000	400,0↑
13. Sobre a amamentação, deve-se esperar pelo menos uma hora após o nascimento para iniciar.	29(55,8)	28(53,8)	1,000	3,4↓
14. O uso de chupetas, o uso de mamadeiras,	40(76,9)	43(82,7)	0,508	7,5↑

duração das mamadas, “má pega”, retorno ao trabalho sem ordenha, entre outros, podem causar o desmame precoce.				
15. Após mamar, é importante colocar o bebê para arrotar, posicionado em pé com a cabeça encostada nos ombros, a fim de evitar o refluxo, que pode causar engasgo.	49(94,2)	49(94,2)	1,000	0,0=
16. Os sinais do engasgo são a tosse persistente e/ou a presença de lábios roxos.	40(76,9)	46(88,5)	0,031	15,0↑
17. É importante que a família passeie com o bebê sempre que possível, para ajudar a criar anticorpos.	12(23,1)	23(44,2)	0,019	91,7↑
18. Sobre a vacinação, os pais quem devem decidir se o bebê deve receber as vacinas ou não.	30(57,7)	32(61,5)	0,727	6,7↑
19. As vacinas que devem ser tomadas logo ao nascer são a BCG e a pentavalente.	6(11,5)	12(23,1)	0,031	100,0↑
20. Alguns sinais gerais de perigo do bebê incluem: não conseguir mamar, vomitar tudo o que tomar e movimentar-se menos que o normal.	44(84,6)	43(82,7)	1,000	2,3↓
21. A primeira consulta de puericultura deve acontecer na primeira semana de vida do bebê, de preferência entre o 3º e 5º dia.	32(61,5)	40(76,9)	0,077	25,0↑

Notas: *teste de McNemar

↑ Variação percentual positiva entre o pré e o pós-teste (aumento no número de acertos)

↓ Variação percentual negativa entre o pré e o pós-teste (diminuição no número de acertos)

= Ausência de variação percentual entre o pré e o pós-teste (manutenção no número de acertos)

Nove questões apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste ($p < 0,05$), todas com aumento dos acertos no pós-teste. As cinco questões com maior aumento foram: cuidados com a pele do bebê/banho de sol (de 9,6% para 48,1% — aumento de 400%), processo de alta da maternidade (de 26,9% para 57,7% — aumento de 114,3%), banho do bebê/duração do banho (de 26,9% para 55,8% — aumento de 107,1%), troca de fralda/uso de pomada (de 28,8% para 59,6% — aumento de 106,7%) e sono do bebê/sonecas diurnas (de 34,6% para 57,7% — aumento de 66,7%).

Em relação à cartilha virtual, também se observou aumento no número total de acertos após o uso da tecnologia educacional. No pré-teste, dos 1.092 (100%) acertos possíveis, foram registrados 641 (58,7%) acertos, enquanto no pós-teste foram registrados 756 (69,2%) acertos, resultando em um aumento percentual de 17,9% nas respostas corretas. Na análise item a item, verificou-se que 17 (80,9%) questões apresentaram aumento no número de acertos, três (14,3%) questões mantiveram o mesmo número de acertos e uma (4,8%) questão apresentou redução, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Acertos dos familiares sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido a termo nos testes pré-intervenção e pós-intervenção da cartilha educativa virtual, Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2024 (n=52)

Itens	Acertos			
	Pré-teste	Pós-teste	Valor-p	Variação
	n(%)	n(%)	p*	%
1. O processo de alta da maternidade se refere apenas ao momento da saída do hospital para casa.	12(23,1)	25(48,1)	0,001	108,3↑
2. O apoio da família é fundamental nesse momento de adaptação da chegada do bebê em casa, então, é importante ter sempre alguém por perto e não sentir vergonha em pedir ajuda aos familiares quando precisar.	52(100)	52(100)	-	0,0=
3. Quando receber visitas, antes do contato com o bebê é importante que lavem as mãos com água e sabão ou utilizem álcool a 70% para higienizá-las.	52(100)	52(100)	-	0,0=
4. Sobre o sono do bebê, é importante que nas sonecas tiradas durante o dia o ambiente esteja o mais silencioso e escuro possível para que ele entenda que é hora de dormir.	19(36,5)	29(55,8)	0,006	52,6↑
5. Deve-se evitar deixar travesseiros e bichinhos de pelúcia em volta do bebê enquanto ele dorme, pois esses objetos são um risco para sufocamento.	49(94,2)	49(94,2)	1,000	0,0=
6. O banho de banheira é o mais indicado.	34(65,4)	44(84,6)	0,021	29,4↑
7. O banho do recém-nascido deve durar entre 8 e 15 minutos.	12(23,1)	25(48,1)	0,004	108,3↑
8. Após o banho é importante realizar os cuidados com o coto umbilical utilizando álcool a 70% ou clorexidina a 4% para ajudar na cicatrização.	46(88,5)	49(94,2)	0,453	6,5↑
9. O uso de moedas é contraindicado, mas pode-se utilizar as faixas umbilicais para que o umbigo não fique para fora.	15(28,8)	18(34,6)	0,549	20,0↑
10. Sobre a troca de fraldas, é importante utilizar bastante pomada para prevenir assaduras.	22(42,3)	26(50,0)	0,344	18,2↑
11. O ideal é evitar lenços umedecidos, deixando para usá-los somente em situações de emergência, como na rua. Em casa, deve-se preferir lavar a área da fralda utilizando água morna, algodão e o sabonete adequado.	45(86,5)	47(90,4)	0,625	4,4↑
12. O banho de sol é ótimo para tratar a icterícia (bebê amarelado).	3(5,8)	16(30,8)	0,000	433,3↑
13. Sobre a amamentação, deve-se esperar pelo menos uma hora após o nascimento para iniciar.	25(48,1)	29(55,8)	0,344	16,0↑
14. O uso de chupetas, o uso de mamadeiras, duração das mamadas, “má pega”, retorno ao trabalho sem ordenha, entre outros, podem	36(69,2)	44(84,6)	0,039	22,2↑

causar o desmame precoce.				
15. Após mamar, é importante colocar o bebê para arrotar, posicionado em pé com a cabeça encostada nos ombros, a fim de evitar o refluxo, que pode causar engasgo.	50(96,2)	51(98,1)	1,000	2,0↑
16. Os sinais do engasgo são a tosse persistente e/ou a presença de lábios roxos.	39(75,0)	47(90,4)	0,021	20,5↑
17. É importante que a família passeie com o bebê sempre que possível, para ajudar a criar anticorpos.	18(34,6)	19(36,5)	1,000	5,6↑
18. Sobre a vacinação, os pais quem devem decidir se o bebê deve receber as vacinas ou não.	36(69,2)	35(67,3)	1,000	2,8↓
19. As vacinas que devem ser tomadas logo ao nascer são a BCG e a pentavalente.	5(9,6)	10(19,2)	0,063	100,0↑
20. Alguns sinais gerais de perigo do bebê incluem: não conseguir mamar, vomitar tudo o que tomar e movimentar-se menos que o normal.	37(71,2)	46(88,5)	0,035	24,3↑
21. A primeira consulta de puericultura deve acontecer na primeira semana de vida do bebê, de preferência entre o 3º e 5º dia.	34(65,4)	43(82,7)	0,012	26,5↑

Notas: *teste de McNemar

↑ Variação percentual positiva entre o pré e o pós-teste (aumento no número de acertos)

↓ Variação percentual negativa entre o pré e o pós-teste (diminuição no número de acertos)

= Ausência de variação percentual entre o pré e o pós-teste (manutenção no número de acertos)

Nove questões apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre o pré-teste e o pós-teste ($p < 0,05$), todas com aumento nos acertos. As cinco questões com maior aumento foram: cuidados com a pele do bebê/banho de sol (de 5,8% para 30,8% — aumento de 433,3%), processo de alta da maternidade (de 23,1% para 48,1% — aumento de 108,3%), banho do bebê/tempo de banho (de 23,1% para 48,1% — aumento de 108,3%), vacinas a serem administradas após o nascimento (de 9,6% para 19,2% — aumento de 100%) e sono do bebê/sonecas diurnas (de 36,5% para 55,8% — aumento de 52,6%). A Tabela 3 compara as proporções de acertos no pós-teste entre os dois grupos (cartilha impressa e cartilha virtual). A análise revelou não haver diferenças estatisticamente significativas nas respostas entre as duas modalidades.

Tabela 3 – Comparação dos acertos no pós-teste entre os dois grupos (cartilha impressa e cartilha virtual). Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2024 (n = 52)

Questões	Opções de resposta	Tipo de cartilha		Valor-p
		Impressa n(%)	Virtual n(%)	
1. O processo de alta da maternidade se refere apenas ao momento da saída do hospital para casa.	Certo	30(57,7)	25(48,1)	0,326
	Errado	22(42,3)	27(51,9)	
2. O apoio da família é fundamental nesse momento de adaptação da chegada do bebê em casa, então, é importante ter sempre alguém por perto e não sentir vergonha em pedir ajuda aos familiares quando precisar.	Certo	52(100)	52(100)	-
	Errado	-	-	
3. Quando receber visitas, antes do contato com o bebê é importante que lavem as mãos com água e sabão ou utilizem álcool a 70% para higienizá-las.	Certo	52(100)	52(100)	-
	Errado	-	-	
4. Sobre o sono do bebê, é importante que nas sonecas tiradas durante o dia o ambiente esteja o mais silencioso e escuro possível para que ele entenda que é hora de dormir.	Certo	30(57,7)	29(55,8)	0,843
	Errado	22(42,3)	23(44,2)	
5. Deve-se evitar deixar travesseiros e bichinhos de pelúcia em volta do bebê enquanto ele dorme, pois esses objetos são um risco para sufocamento.	Certo	48(92,3)	49(94,2)	0,696
	Errado	4(7,7)	3(5,8)	
6. O banho de banheira é o mais indicado.	Certo	43(82,7)	44(84,6)	0,791
	Errado	9(17,3)	8(15,4)	
7. O banho do recém-nascido deve durar entre 8 e 15 minutos.	Certo	29(55,8)	25(48,1)	0,432
	Errado	23(44,2)	27(51,9)	
8. Após o banho é importante realizar os cuidados com o coto umbilical utilizando álcool a 70% ou clorexidina a 4% para ajudar na cicatrização.	Certo	50(96,2)	49(94,2)	0,647
	Errado	2(3,8)	3(5,8)	
9. O uso de moedas é contraindicado, mas pode-se utilizar as faixas umbilicais para que o umbigo não fique para fora.	Certo	25(48,1)	18(34,6)	0,163
	Errado	27(51,9)	34(65,4)	
10. Sobre a troca de fraldas, é importante utilizar bastante pomada para prevenir assaduras.	Certo	31(59,6)	26(50,0)	0,325
	Errado	21(40,4)	26(50,0)	
11. O ideal é evitar lenços umedecidos, deixando para usá-los somente em situações de emergência, como na rua. Em casa, deve-se preferir lavar a área da fralda utilizando água morna, algodão e o sabonete adequado.	Certo	46(88,5)	47(90,4)	0,750
	Errado	6(11,5)	5(9,6)	
12. O banho de sol é ótimo para tratar a icterícia (bebê amarelado).	Certo	25(48,1)	16(30,8)	0,071
	Errado	27(51,9)	36(69,2)	
13. Sobre a amamentação, deve-se esperar pelo menos uma hora após o nascimento para iniciar.	Certo	28(53,8)	29(55,8)	0,844
	Errado	24(46,2)	23(44,2)	

14. O uso de chupetas, o uso de mamadeiras, duração das mamadas, "má pega", retorno ao trabalho sem ordenha, entre outros, podem causar o desmame precoce.	Certo	43(82,7)	44(84,6)	0,791
	Errado	9(17,3)	8(15,4)	
15. Após mamar, é importante colocar o bebê para arrotar, posicionado em pé com a cabeça encostada nos ombros, a fim de evitar o refluxo, que pode causar engasgo.	Certo	49(94,2)	51(98,1)	0,308
	Errado	3(5,8)	1(1,9)	
16. Os sinais do engasgo são a tosse persistente e/ou a presença de lábios roxos.	Certo	46(88,5)	57(90,4)	0,750
	Errado	6(11,5)	5(9,6)	
17. É importante que a família passeie com o bebê sempre que possível, para ajudar a criar anticorpos.	Certo	23(44,2)	19(36,5)	0,424
	Errado	29(55,8)	33(63,5)	
18. Sobre a vacinação, os pais quem devem decidir se o bebê deve receber as vacinas ou não.	Certo	32(61,5)	35(67,3)	0,539
	Errado	20(38,5)	17(32,7)	
19. As vacinas que devem ser tomadas logo ao nascer são a BCG e a pentavalente.	Certo	12(23,1)	10(19,2)	0,631
	Errado	40(76,9)	42(80,8)	
20. Alguns sinais gerais de perigo do bebê incluem: não conseguir mamar, vomitar tudo o que tomar e movimentar-se menos que o normal.	Certo	43(82,7)	46(88,5)	0,402
	Errado	9(17,3)	6(11,5)	
21. A primeira consulta de puericultura deve acontecer na primeira semana de vida do bebê, de preferência entre o 3º e 5º dia.	Certo	40(76,9)	43(82,7)	0,464
	Errado	12(23,1)	9(17,3)	

Notas: *teste de Qui-quadrado

Discussão

A cartilha "Cuidados domiciliares com o recém-nascido" demonstrou ser efetiva, independentemente do formato, na melhoria do conhecimento dos familiares sobre os cuidados domiciliares com os recém-nascidos. Os achados deste estudo convergem com os de uma pesquisa realizada no Norte do Ceará, que avaliou a efetividade de uma cartilha impressa no aumento do conhecimento sobre prevenção de quedas em pacientes hospitalizados. O instrumento de coleta incluía 12 questões sobre prevenção de quedas, das quais nove apresentaram significância estatística ao evidenciar aumento dos acertos no pós-intervenção, confirmando a eficácia do material impresso.¹²

Por outro lado, a internet, como fonte de informações amplamente acessível, possibilita o acesso rápido e prático a conteúdos, sem barreiras temporais ou geográficas, constituindo-se em um recurso valioso na promoção da saúde. As redes sociais, em especial, têm demonstrado potencial no processo de ensino-aprendizagem e na promoção de novas formas de interação educacional,¹³ como as cartilhas virtuais.

Entretanto, apesar dos benefícios potenciais da tecnologia nesse formato, este estudo não identificou diferenças estatisticamente significativas entre as versões virtual e impressa na ampliação do conhecimento dos participantes. Os resultados indicam que a escolha do formato pode ser orientada pelo perfil e pelas preferências do público-alvo, incluindo seu grau de familiaridade e de acesso às tecnologias digitais.

Os resultados corroboram os de outra pesquisa realizada em Fortaleza, que comparou os efeitos das versões virtual e impressa de uma cartilha educativa sobre o autoexame ocular. Ambas as modalidades foram efetivas no autoexame ocular para identificar alterações visuais e anormalidades estruturais, com exceção do reflexo pupilar, no qual a versão virtual apresentou maior eficácia.¹⁰ Por outro lado, uma meta-análise sobre leitura em papel versus leitura digital em estudantes e profissionais de saúde encontrou uma vantagem para a leitura em papel, embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Esses achados reforçam a necessidade de novos estudos para avaliar as melhores estratégias de aprimoramento do conhecimento entre o público-alvo.¹⁴

As limitações impostas pelas desigualdades digitais, especialmente em regiões com acesso restrito à internet ou baixa literacia digital, indicam que os materiais impressos podem ser um meio eficiente para disseminar informações. Nesse sentido, a integração de métodos impressos e digitais pode aumentar o impacto de intervenções educativas, assegurando que as orientações alcancem um público mais diversificado. Dessa forma, considerando que ambas as versões da cartilha se mostraram efetivas, as preferências dos usuários se tornam um importante fator a ser considerado na oferta da tecnologia educacional.

Outros formatos inovadores para o aprimoramento do conhecimento do público-alvo também devem ser considerados. Por exemplo, uma pesquisa sobre a educação de residentes médicos e enfermeiros em anatomia e fisiologia cardíaca utilizou tecnologias tridimensionais (3D), incluindo modelos digitais e impressos, realidade virtual (RV), realidade aumentada (RA) e realidade mista (RM). Diferentemente dos resultados deste estudo, a realidade virtual se destacou entre os profissionais como a modalidade preferida, evidenciando a relevância de estudos comparativos para avaliar a viabilidade e o impacto pedagógico dessas tecnologias.¹⁵

Uma pesquisa realizada na Eslováquia abordou a criação de um *website* com conteúdo educativo voltado para mães e familiares de bebês. Os resultados indicaram que os visitantes demonstraram interesse pela plataforma e a utilizaram para esclarecer dúvidas, especialmente sobre amamentação e cuidados com recém-nascidos e bebês,¹⁶ o que reforça a relevância de materiais educativos também disponibilizados em formato virtual.

No Brasil, um estudo teve como objetivo a produção e a validação de uma cartilha sobre os cuidados domiciliares com o recém-nascido pré-termo, destacando que a validação de tecnologias educacionais, como cartilhas, manuais, vídeos e jogos, tem sido amplamente empregada para qualificar a educação em saúde e aprimorar estratégias de ensino-aprendizagem.¹⁷ Diferentemente dessas experiências, o presente estudo avançou ao contemplar, além da validação do conteúdo, a avaliação da efetividade do material educativo em duas modalidades distintas (impressa e digital), contribuindo assim com evidências sobre o impacto do uso da cartilha no conhecimento dos participantes.

A prática de enfermagem deve considerar, portanto, a dinâmica familiar como elemento fundamental na educação em saúde voltada aos cuidados com o recém-nascido, incluindo a escolha da modalidade do material educativo. Evidências apontam que orientações claras, acessíveis e contextualizadas favorecem o desenvolvimento saudável do bebê, consolidando a educação em saúde como estratégia essencial para a segurança dos cuidados. Nessa perspectiva, outra investigação demonstrou que a utilização de um pacote educacional também resultou em melhora significativa no conhecimento das mães sobre distúrbios neonatais, com aumento expressivo nas pontuações pós-teste em comparação ao pré-teste,¹⁸ reforçando a importância de estudos dessa natureza.

De forma semelhante, outro estudo avaliou o efeito de um vídeo educativo sobre cuidados ao recém-nascido, aplicado a gestantes, puérperas e familiares, e constatou aumento na frequência de acertos, passando de 70,82% para 92,97% após a intervenção. Desse modo, o vídeo demonstrou ser eficaz na aquisição de conhecimentos pelos participantes, podendo constituir um recurso valioso nas ações educativas conduzidas por enfermeiros.¹⁹

Ainda, um estudo quase experimental verificou que a educação sobre aleitamento materno exclusivo, por meio de mídia audiovisual e cartilhas, teve impacto positivo tanto no conhecimento quanto nas atitudes das mães em relação à prática do

aleitamento materno exclusivo.²⁰. Todas essas evidências reforçam a importância da utilização de diferentes modalidades de materiais educativos na educação em saúde junto aos familiares de recém-nascidos. Dessa forma, as tecnologias educacionais, incluindo cartilhas adaptáveis ao contexto familiar, em formato impresso ou digital, se configuram como instrumentos promissores para promover cuidados mais seguros e eficazes ao recém-nascido.⁸

Uma limitação do estudo se refere à amostra. A ausência de randomização pode ter introduzido algum viés na comparação entre os momentos pré e pós-intervenção. Ademais, recomenda-se a realização de estudos futuros com delineamentos metodológicos mais robustos, como ensaios randomizados controlados e avaliações em múltiplos momentos, a fim de aprofundar a compreensão sobre a efetividade da cartilha educativa em suas diferentes modalidades.

Destaca-se, portanto, que essa tecnologia, em suas diferentes modalidades, pode contribuir de maneira significativa para a redução de riscos evitáveis no período neonatal e, conseqüentemente, da morbimortalidade infantil. A escolha do formato pode ser orientada pelas preferências dos usuários e pelos recursos disponíveis na comunidade.

Conclusão

Os achados deste estudo indicaram que tanto a versão impressa quanto a versão virtual da cartilha educativa “Cuidados domiciliares com o recém-nascido” apresentam efetividade semelhante na ampliação do conhecimento de familiares cuidadores sobre os cuidados domiciliares com os recém-nascidos.

Assim, essa tecnologia educacional se revela uma ferramenta valiosa no processo de ensino-aprendizagem, contribuindo para a promoção de cuidados mais seguros ao bebê e à família, ao garantir a disseminação de informações essenciais de forma acessível e compreensível. A versão virtual da cartilha está disponível em <https://www.dopartoadomicilio.com.br/cartilhas-educativas>.

Referências

1. Santos AST, Góes FGB, Ledo BC, Silva LF, Bastos MPC, Silva MA. Family learning demands about post-natal newborn care. *Texto Contexto Enferm.* 2021;30:e20190352. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2019-0352.

2. Góes FGB, Silva MA, Santos AST, Pontes BF, Lucchese I, Silva MT. Postnatal care of newborns in the family context: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):e20190454. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0454.
3. Kreutz IM, Santos IS. Contextual, maternal, and infant factors in preventable infant deaths: a statewide ecological and cross-sectional study in Rio Grande do Sul, Brazil. *BMC Public Health.* 2023;23(87). doi: 10.1186/s12889-022-14913-z.
4. Bernardino FBS, Gonçalves TM, Pereira TID, Xavier JS, Freitas BHBM, Gaíva MAM. Trends in neonatal mortality in Brazil from 2007 to 2017. *Ciênc Saúde Colet.* 2022;27(2):567-78. doi: 10.1590/1413-81232022272.41192020.
5. Santos BRF, Nascimento MHM, Teixeira E, Oliveira MFV, Miranda SVRS, Valois RC. Mobile application for first-time parents - newborn care: an experience report. *Rev Enferm UFSM.* 2023;13:e12. doi: 10.5902/2179769270394.
6. Mello NC, Góes FGB, Pereira-Ávila FMV, Moraes JRMM, Silva LF, Silva MA. Construction and validation of an educational booklet for mobile devices on breastfeeding. *Texto Contexto Enferm.* 2020;29:e20180492. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2018-0492.
7. Hill AM, McPhail SM, Haines TP, Morris ME, Etherton-Beer C, Shorr R, et al. Falls after hospital discharge: a randomized clinical trial of individualized multimodal falls prevention education. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2019;74(9):1511-7. doi: 10.1093/gerona/glz026.
8. Soares IAA, Góes FGB, Silva ACSS, Pereira-Ávila FMV, Oliveira GB, Silva MA. Health education website on home care for newborns: construction, validation, and evaluation. *Rev Lat-am Enferm.* 2024;32:e4197. doi: 10.1590/1518-8345.7222.4197.
9. Lima MAC, Cunha GH, Lopes MVO, Fontenele MSM, Siqueira LR, Ramalho AKL, et al. Booklet for healthy lifestyle in people with HIV: a clinical trial. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE03101. doi: 10.37689/acta-ape/2023AO03101.
10. Nascimento JC, Lima MA, Barros LM, Galindo Neto NM, Pagliuca LMF, Caetano JA. Technology for performing ocular self-examination: comparison between printed and virtual booklets. *Rev Esc Enferm USP.* 2018;52:e03326. doi: 10.1590/S1980-220X2017024703326.
11. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2015.
12. Ximenes MAM, Brandão MGSA, Macêdo TS, Costa MMF, Galindo Neto NM, Caetano JA, et al. Effectiveness of educational technology for preventing falls in a hospital environment. *Acta Paul Enferm.* 2022;35:eAPE01372. doi: 10.37689/acta-ape/2022AO01372.
13. Góes FGB, Campos BL, Soares IAA, Lucchese I, Borges JO, Silva MA. Health education through social media about home care for newborns In the COVID-19 pandemic. *Rev Enferm Cent-Oest Min.* 2022;12:e4371. doi: 10.19175/recom.v12i0.4371.
14. Fontaine G, Zagury-Orly I, Maheu-Cadotte MA, Lapierre A, Thibodeau-Jarry N, Denu S, et al. A meta-Analysis of the effect of paper versus digital reading on reading comprehension in health professional education. *Am J Pharm Educ.* 2021;85(10):8525. doi: 10.5688/ajpe8525.
15. Awori J, Friedman SD, Howard C, Kronmal R, Buddhé S. Comparative effectiveness of virtual reality (VR) vs 3D printed models of congenital heart disease in resident and nurse practitioner educational experience. *3D Print Med.* 2023;9(1):2. doi: 10.1186/s41205-022-00164-6.
16. Kristová J, Bachratá Z, Slezáková Z, Miklovičová E. Implementation of telenursing in the Slovak Republic. *Pielęgniarstwo XXI Wieku.* 2021;20(3):76. doi: 10.2478/pielxxiw-2021-0028.

17. Santos IL, Nascimento LCN, Coelho MP, Freitas PSS, Moraes-Partelli AN. Educational material production and validity: educational instrument for home care for premature newborns. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(1):e20210648. doi: 10.1590/0034-7167-2021-0648.
18. Chaudhari Y, Rekha B, Vishat P, Joshi R. A study to assess the effectiveness of educational interventional package on knowledge regarding minor disorders of newborn among postnatal mothers admitted in selected hospital of Mehsana district. *EPRA Int J Res Dev (IJRD).* 2025;10(3). doi: 10.36713/epra2016.
19. Sousa LB, Braga HFGM, Alencastro ASA, Silva MJN, Oliveira BSB, Santos LVF, et al. Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2):e20201371. doi: 10.1590/0034-7167-2020-1371.
20. Nurfajrillah T, Nurhayati E, Fatimah F. The effect of exclusive breastfeeding education using audio-visual media and e-booklets on pregnant women's knowledge and attitude toward providing exclusive breastfeeding. *JNKL.* 2025;13(1):73-84. doi: 10.21927/jnki.2025.13(1).73-84.

Fomento / Agradecimento: Ao apoio recebido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com Bolsa de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora (DT-2) e Bolsa de Iniciação Científica.

Contribuições de autoria

1 – Gabrielle Beltrão de Oliveira

Autor Correspondente

Enfermeira – gabiibeltraoo@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

2 – Fernanda Garcia Bezerra Góes

Enfermeira, Doutora – ferbezerra@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

3 – Maithê de Carvalho e Lemos Goulart

Enfermeira, Doutora – maithegoulart@id.uff.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

4 – Aline Cerqueira Santos Santana da Silva

Enfermeira, Doutora – alinecer2014@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

5 – Ingrid Lucchese

Enfermeira – ingridlucchese@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

6 – Mariana Viana Toledo

Enfermeira – marianavianatoledo@id.uff.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

7 – Larissa Gomes Ferreira

Enfermeira – larilissa517gomes@gmail.com

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

8 – Manuela Silva de Oliveira

Enfermeira – silvamanuela@id.uff.br

Concepção e/ou desenvolvimento da pesquisa e/ou redação do manuscrito; Revisão e aprovação da versão final

Editor-Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editor Associado: Aline Cammarano Ribeiro

Como citar este artigo

Oliveira GB, Góes FGB, Goulart MCL, Silva ACSS, Lucchese I, Toledo MV, Ferreira LG, Oliveira MS. Comparison of the effectiveness of printed and digital booklets on home care for newborns. Rev. Enferm. UFSM. 2026 [Access at: Year Month Day]; vol.16, e7:1-21. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769293154>