



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

ANA PAULA DE SOUZA TENÓRIO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *WEBSITE* SOBRE CUIDADOS
COM O PREMATURO**

RECIFE

2016

ANA PAULA DE SOUZA TENÓRIO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM *WEBSITE* SOBRE CUIDADOS COM O
PREMATURO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Rosalie Barreto Belian

Área de concentração: Educação e Saúde

Linha de pesquisa: Educação em Saúde

RECIFE

2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

T312c Tenório, Ana Paula de Souza.
 Construção e validação de um *website* sobre cuidados com o
 premature / Ana Paula de Souza Tenório. – 2016.
 126 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

 Orientadora: Maria Gorete Lucena de Vasconcelos.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco,
 CCS. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do
 Adolescente. Recife, 2016.
 Inclui referências, apêndices e anexos.

 1. Prematuro. 2. Família. 3. Enfermagem. 4. Educação em Saúde. 5.
 Internet. I. Vasconcelos, Maria Gorete Lucena de (Orientadora). II. Título.

615.83 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-233)

ANA PAULA DE SOUZA TENÓRIO

**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM WEBSITE SOBRE CUIDADOS COM O
PREMATURO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 05/07/2016:

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marly Javorski (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Sheyla Costa de Oliveira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof^a. Dr^a. Ana Catarina Torres de Lacerda (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof.^a Dra. Florisbela de Arruda Câmara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues Carvalho Neto

DIRETOR CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

VICE-DIRETORA

Prof.^a Dra. Vânia Pinheiro Ramos

COORDENADORA DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Prof.^a Dra. Jurema Freire Lisboa de Castro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

COLEGIADO

CORPO DOCENTE PERMANENTE

Prof.^a Dra. Luciane Soares de Lima (Coordenadora)

Prof.^a Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo (Vice-Cordenadora)

Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz

Prof.^a Dra. Ana Bernarda Ludermir

Prof.^a Dra. Andréa Lemos Bezerra de Oliveira

Prof. Dr. Décio Medeiros Peixoto

Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho

Prof.^a Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro

Prof.^a Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

Prof.^a Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Prof.^a Dra. Marília de Carvalho Lima

Prof. Dr. Paulo Sávio Angeiras de Góes

Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira

Prof.^a Dra. Sílvia Regina Jamelli

Prof.^a Dra. Sílvia Wanick Sarinho

Prof.^a Dra. Sophie Helena Eickmann

(Genivaldo Moura da Silva- Representante discente - Doutorado)

(Davi Silva Carvalho Curi - Representante discente -Mestrado)

CORPO DOCENTE COLABORADOR

Prof.^a Dra. Bianca Arruda Manchester de Queiroga

Prof.^a Dra. Cleide Maria Pontes

Prof.^a Dra. Daniela Tavares Gontijo

Prof.^a Dra. Kátia Galeão Brandt

Prof.^a Dra. Margarida Maria de Castro Antunes

Prof.^a Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano

Prof.^a Dra. Rosalie Barreto Belian

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento (Secretário)

Julienne Gomes Brasileiro

Leandro Cabral da Costa

*Dedico este trabalho aos meus presentes de Deus:
meu esposo, meus pais e irmãos.*

*Também dedico a todas às mães de filhos prematuros,
verdadeiras guerreiras.*

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu a vida em Cristo Jesus. Tudo o que eu tenho, tudo o que sou e o que vier a ser vem do Senhor.

Aos meus pais, Severo e Maria Alves, pela educação e amor concedido. Ao meu esposo, Benilton Filho, pelo apoio e compreensão da importância deste Mestrado para minha vida profissional. Aos meus irmãos Paulinho e Samuel, a minha irmã Keila e meu cunhado Lenildo por toda ajuda e atenção dispensada, e pela princesa, Maria Laura que trouxe muitas felicidades. Aos meus familiares pelo suporte e incentivo constante. Eu amo vocês.

Aos meus irmãos em Cristo que oraram e torceram por mim, em especial, Pr. Benilton e tia Ana. Luiz Mariel e Rose que colaboraram com os áudios do website.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos por ter me presenteado com a realização deste trabalho. À minha coorientadora, Prof^ª. Dr^ª. Rosalie Barreto Belian por todas as palavras de encorajamento.

À Prof^ª. Dr^ª. Marly Javorski, pela oportunidade de aprender com sua experiência e pelas valiosas contribuições durante o desenvolvimento deste Mestrado.

As docentes da disciplina Saúde da Mulher do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pelo apoio durante o desenvolvimento do curso de Mestrado, em especial, Prof^ª. Dr^ª. Sheila Costa de Oliveira e Prof^ª. Dr^ª. Ana Catarina Torres de Lacerda.

Aos membros da banca pela disponibilidade em contribuir com este trabalho.

À Liza, Thacia e Daniela, grandes amigas que compreenderam minha ausência e se alegram com minhas conquistas.

À turma ME-29 pelos dois anos de risadas, sonecas, aprendizado e companheirismo: Agda, Camylla, Desirré, Hallana, Jaqueline, Juliana Bastos, Juliana Siqueira, Juliene, Luanna, Mara, Mariana, Simone, Thaisa, Thiago e Vanessa.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE pela oportunidade da realização deste Mestrado.

Ao CNPq pela concessão de bolsa de estudos durante os dois anos de curso.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo. Obrigada por todas as contribuições.

A todos que direta ou indiretamente participaram e contribuíram na construção deste trabalho.

*Jabez orou ao Deus de Israel:
“Oh! Tomara que me abençoes e me alargues
as fronteiras, que seja comigo a tua mão e me
preserves do mal, de modo que não me
sobrevenha aflição! E Deus lhe concedeu o
que lhe tinha pedido”*

(1º Crônicas 4: 10)

RESUMO

Os pais e familiares de prematuros enfrentam desafios desde o nascimento, procurando entender todo o manejo com o seu filho no ambiente hospitalar, até a aquisição de conhecimentos e habilidades para o desenvolvimento dos cuidados, em especial após a alta hospitalar. Para colaborar fornecendo informações acerca dos cuidados hospitalares e domiciliares ao prematuro, o estudo teve como objetivo construir e validar um *website* sobre cuidados com o prematuro para orientação à família. Pesquisa do tipo metodológica. Para a construção e o desenvolvimento do *website*, foi utilizada a metodologia DADI, composta pelas etapas de definição, arquitetura, *design* e implementação. Os conteúdos foram organizados em quatro temáticas: "O bebê prematuro", "Cuidados", "Orientações" e "Perguntas frequentes". A versão do *website* apresenta-se com 15 páginas, e sua validação de conteúdo foi realizada por 34 enfermeiros por meio de instrumento validado e adaptado, contendo 28 itens para avaliação acerca da autoria, conteúdo, apresentação, confiabilidade e didática. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. O índice de concordância apresentou resultados superiores a 0,8 em todos os itens do instrumento, e a média da validade de conteúdo dos itens individuais foi de 0,95, significando que o *website* foi considerado adequado pelos avaliadores. Ao se analisarem as sugestões apresentadas pelos avaliadores, percebeu-se que se trata de adaptações ou correções que melhoram a qualidade do *website* e por isso serão utilizadas futuramente até a versão final. Os enfermeiros consideraram o *website* um bom instrumento de educação, relevante e didático para seu público-alvo. Recomenda-se o *website* como material de referência para atividades de educação em saúde direcionadas aos pais e familiares do prematuro. Recomenda-se a avaliação do *website* pela população alvo.

Palavras-chave: Prematuro. Família. Enfermagem. Educação em Saúde. Internet.

ABSTRACT

Parents and premature family face challenges from birth, trying to understand all the management with your child in the hospital, to the acquisition of knowledge and skills for the development of care, especially after discharge. To cooperate by providing information about hospital care and home premature, this study aimed to develop and validate a *website* about caring for premature for family orientation. It was a methodological research. For the construction and development of the *website*, the DADI methodology, comprised of the steps of definition, architecture, design and implementation was used. The contents were organized into four themes: "The premature baby", "Care", "Guidelines" and "FAQ". The version of the *website* is presented with 15 pages, and its validation was performed by 34 nurses through validated and adapted instrument containing 28 items for evaluation about the authorship, content, presentation, reliability and didactics. Data were analyzed using descriptive statistics. The concordance index showed results greater than 0.8 in all items of the instrument, and the average content validity of individual items was 0.95, meaning that the *website* was considered appropriate by the evaluators. In analyzing the suggestions made by the evaluators, it was realized that it is adjustments or corrections that do not compromise the quality of the *website* and it will be used in the future. Nurses considered the *website* a good educational tool, relevant and educational for your target audience. We recommend the *website* as a reference material for health education activities directed to parents and families of premature.

Keywords: Premature. Family. Nursing. Health Education. Internet.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Linha do tempo das políticas públicas para saúde da criança no Brasil	p. 24
Figura 2	Representação gráfica das etapas de construção e desenvolvimento do <i>website</i>	p. 49
Figura 3	Descrição da página 1 do <i>website</i> “Início”	p. 52
Figura 4	Ilustração do banner principal do <i>website</i> antes e após as alterações	p. 54
Figura 5	Navegação na página 1 do <i>website</i> “Início”	p. 56
Figura 6	Representação da navegação na página 2 do <i>website</i> “Sobre este site”	p. 57
Quadro 1	Critérios de seleção para os especialistas. Recife-PE, 2016	p. 58
Figura 7	Procedimento para a coleta de dados	p. 62
Figura 8	Página 1 do <i>website</i> “Início”	p. 66
Figura 9	Página 2 do <i>website</i> “Sobre este site”	p. 67
Figura 10	Página 3 do <i>website</i> “O bebê prematuro”	p. 69
Figura 11	Página 4 do <i>website</i> “Direitos do bebê prematuro”	p. 70
Figura 12	Página 5 do <i>website</i> “Cuidados”	p. 71
Figura 13	Página 6 do <i>website</i> “Cuidados hospitalares”	p. 73
Figura 14	Página 7 do <i>website</i> “Cuidados domiciliares”	p. 76
Figura 15	Página 8 do <i>website</i> “Orientações”	p. 78
Figura 16	Página 9 do <i>website</i> “Perguntas frequentes”	p. 79
Figura 17	Página 10 do <i>website</i> “Quais vacinas o bebê deve receber?”	p. 80
Figura 18	Página 11 do <i>website</i> “Quais as causas do choro do bebê?”	p. 81
Figura 19	Página 12 do <i>website</i> “Quais os cuidados com a saúde do bebê?”	p. 82
Figura 10	Página 13 do <i>website</i> “Grupos de Apoio”	p. 83
Figura 21	Página 14 do <i>website</i> “Contato”	p. 84
Figura 22	Página 15 do <i>website</i> “Referências”	p. 85
Quadro 2	Síntese da análise qualitativa das sugestões dos avaliadores do <i>website</i>	p. 94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características sociais e experiência profissional dos avaliadores. Recife-PE, 2016	p. 87
Tabela 2	Avaliação dos especialistas acerca da autoria do <i>website</i> . Recife-PE, 2016	p. 88
Tabela 3	Avaliação dos especialistas acerca do conteúdo do <i>website</i> . Recife-PE, 2016	p. 88
Tabela 4	Avaliação dos especialistas acerca da apresentação do <i>website</i> . Recife-PE, 2016	p. 89
Tabela 5	Avaliação dos especialistas acerca da confiabilidade do <i>website</i> . Recife-PE, 2016	p. 90
Tabela 6	Avaliação dos especialistas acerca da didática do <i>website</i> . Recife-PE, 2016	p. 91
Tabela 7	Avaliação do <i>website</i> dos 28 itens do instrumento, segundo relevância, pelos especialistas. Recife, 2016	p. 93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
ACSIC/RMI	Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
BLH	Banco de Leite Humano
CID	Código Internacional de Doença
DUDBP	Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro
GT	Grupo Técnico
HAC	Hospitais Amigos das Crianças
HC	Hospital das Clínicas
HON	<i>Health On the Net</i>
IC	Índice de Concordância
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IHC	Interação homem- computador
IVC	Índice de Validade do Conteúdo
JPEG	<i>Joint Photographic Experts Group</i>
MC	Método Canguru
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MSPA	Mobilização Social Pró-Amamentação
NBCAL	Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes
NCAL	Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes
NIDCAP	Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISC	Programa Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNG	<i>Portable Network Graphics</i>
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNSMI	Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
RC	Rede Cegonha
RMR	Região Metropolitana de Recife
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNESCO	<i>Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture</i>
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância Unicef: <i>United Nations Children's Fund</i> (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 Resgate histórico das políticas públicas para a atenção à saúde da criança no Brasil	22
2.2 O papel da enfermagem no cuidado ao prematuro e à sua família	32
2.3 A educação em saúde para a promoção do cuidado ao prematuro	37
2.4 <i>Website</i> como estratégia educativa para educação em saúde	41
3 METODOLOGIA.....	48
3.1 Tipo de Estudo	48
3.2 Construção e desenvolvimento do <i>website</i>	48
3.3 Processo de validação do <i>website</i> sobre cuidados com o prematuro	58
3.3.1 <i>Instrumento de avaliação</i>	59
3.3.2 <i>Procedimento para a coleta de dados</i>	60
3.3.3 <i>Análise dos dados</i>	63
3.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	64
4 RESULTADOS	65
4.1 Construção e desenvolvimento do <i>website</i>	65
4.2 Validação do <i>website</i> por enfermeiros	86
5 DISCUSSÃO	95
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICE A - CONVITE ENVIADO POR E-MAIL PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA	120
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS	121
APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS	123
ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	126

1 APRESENTAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2008), por meio do Código Internacional de Doença (CID-10), define como prematuros os nascimentos que ocorrem com Idade Gestacional (IG) de 28 semanas completas ou mais, porém inferior a 37 semanas completas de gestação (IG entre 196 dias e 259 dias), e considera imaturidade extrema todo nascimento com IG inferior a 28 semanas completas (menos que 196 dias).

No Brasil, há uma tendência de aumento no número de Recém-nascidos (RN) pré-termo (RNPT). O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) indica que, no período de 1994 a 2005, ocorreu um aumento na taxa geral de prematuridade medida pelo percentual de nascidos vivos com duração da gestação inferior a 37 semanas, partindo de 5%, em 1994, para 5,4%, em 1998, 5,6%, em 2000, atingindo 6,6%, em 2005 (SILVEIRA et al., 2009). O consolidado do SINASC de 2011 mostra que a prematuridade apresentou crescimento no ano de 2011 em todas as regiões, passando de 7,1% em 2010 para 9,8% em 2011 (variação de 38%) na média nacional. A Região Nordeste sofreu uma variação de 75%, passou de 6% para 10,5% (BRASIL, 2013).

O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros. Estudo que explorou possíveis causas percebeu que a etnia e a idade materna influenciam na prevalência da prematuridade. As mulheres indígenas apresentam o maior percentual, e as gestantes abaixo dos 15 anos de idade possuem maior risco. As análises para investigar se as altas taxas de cesarianas poderiam ser responsáveis pelos elevados níveis de prematuridade foram inconclusivas (UNICEF, 2013a, 2013b).

Os indicadores de risco para o parto prematuro incluem história de parto prematuro espontâneo, a gemelaridade, os sangramentos persistentes de segundo trimestre e as infecções geniturinárias, porém cerca da metade dos casos são considerados de etiologia desconhecida (BITTAR; ZUGAIB, 2009; RAMOS, 2009). Existe a necessidade de realizar ações voltadas para os fatores de risco modificáveis, incluído o abandono do tabagismo durante a gravidez, a prevenção de gestações na adolescência, oferta do planejamento familiar e a necessidade de atenção especial à população indígena (UNICEF, 2013c).

O aumento dos nascimentos prematuros e a diversidade de etiologias é um desafio para o país pelo fato de a prematuridade estar entre as principais causas de óbitos neonatais no Brasil, respondendo por cerca de 1/3 dos casos nos anos de 2011-2012 (LANSKY et al., 2014). Aproximadamente 50% dos prematuros extremos com peso inferior a 1.500g, que nasceram em hospitais sem Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), morreram,

confirmando que o conhecimento científico e as tecnologias perinatais vêm influenciando decisivamente na sobrevivência do RNPT (LANSKY et al., 2014).

A UTIN dispõe de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, oferece recursos humanos especializados, equipamentos sofisticados e fármacos de última geração para uma assistência capaz de suprir quase todas as necessidades advindas da prematuridade (ARAÚJO; RODRIGUES; RODRIGUES, 2008).

Os cuidados prestados ao RNPT, inicialmente, ocorrem na sala de parto, posteriormente na UTIN ou na Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). No âmbito hospitalar são realizados os cuidados especializados e rotineiros, entre eles estão a utilização da incubadora ou berço aquecido para manter a temperatura ideal do prematuro, a oferta de fonte de oxigênio e fonte de aspiração como suporte para a respiração, a verificação dos sinais vitais e a monitorização das funções cardíaca e respiratória, a medição do peso, a administração de medicamentos, a alimentação, a higiene corporal, os cuidados posturais e a promoção do sono e repouso (CARMO, 2004; BRASIL, 2011a). Outros procedimentos podem ser necessários, como punção venosa, preparo para cirurgias, sondagens, curativos e exames diagnósticos (CARMO, 2004).

Os cuidados desenvolvidos na UTIN e na UCIN são essenciais para a sobrevivência do RNPT, porém nesses ambientes ele é exposto a estímulos desagradáveis, como o estresse, a dor, a luz intensa, os ruídos dos alarmes dos equipamentos e da voz humana (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010; SANTOS, 2013). É também submetido a procedimentos invasivos e a manipulação excessiva pela equipe de saúde (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010; PEREIRA et al., 2013).

O nascimento prematuro surpreende e modifica a dinâmica familiar, surgindo sentimentos que vão desde a alegria de ter um filho até a insegurança pela fragilidade do RNPT e pelo internamento hospitalar, causando um desconforto materno e paterno (ANJOS et al., 2012; SANTOS, 2012; SANTOS, 2013). A UTIN é caracterizada como um ambiente restrito, que provoca certa separação dos familiares do convívio com o recém-nascido, o que pode contribuir para insegurança dos familiares diante da iniciativa nos cuidados com a criança.

A introdução da família no contexto neonatal é garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) (BRASIL, 1990). Porém, apenas permitir a presença física dos pais ou de outro familiar na unidade neonatal não significa a inclusão deles no processo de cuidar. É necessário estabelecer um vínculo terapêutico, para transmitir apoio, segurança e confiança aos familiares (VASCONCELOS; LIRA; LIMA, 2006).

Devido ao fato de o RNPT necessitar de cuidados diferenciados, durante a jornada da hospitalização, a família passa por angústias, preocupações e estresse (SANTOS, 2013); sendo assim, é importante acolher os familiares e oferecer-lhes informações claras e precisas sobre a unidade de internamento, sua dinâmica de funcionamento e as atividades realizadas diariamente (SANTOS, 2012).

No âmbito da UTIN, os pais passam a observar os equipamentos utilizados, o trabalho e a linguagem da equipe. Sua atenção oscila entre o que ocorre em volta e o seu filho. Mas, após se inteirarem do cotidiano da unidade, assumem um papel mais ativo no cuidado ao prematuro, realizando ações, como alimentação, banho, posicionamento ou até mantendo um olhar vigilante sobre o trabalho dos profissionais para garantir a segurança do seu filho (DUARTE, 2009).

Os familiares, após a alta hospitalar, terão que realizar no domicílio os cuidados ao prematuro referentes às suas necessidades humanas básicas, como alimentação, sono e repouso, higiene, incluindo troca de fralda e banho, aquecimento, proteção de infecções por meio da restrição de visitas, cuidados com os utensílios e vacinação (MORAIS, 2009). As mães relatam, em estudo de Moraes (2008), que oferecem aos filhos carinho e momentos de brincadeira, porém expressaram preocupações, insegurança e medo quanto ao atendimento às intercorrências apresentadas pelo filho (apneia, refluxo gastroesofágico, cianose).

A preparação dos familiares para os cuidados com o prematuro no domicílio deve ocorrer durante toda a internação, procurando-se transmitir conhecimentos específicos e desenvolver habilidades (FONSECA, 2004). As orientações passadas pela equipe de saúde, principalmente pelo enfermeiro, para os familiares influenciam positivamente no cuidado domiciliar. Em estudo de Soares (2008), as orientações da equipe de saúde, mesmo tendo sido passadas de forma isolada, esporádicas, não sistemáticas e não abrangendo todos os cuidados e necessidades individuais de cada criança, influenciaram, positivamente, no cuidado domiciliar ao prematuro extremo.

Mas, quando existem falhas na educação em saúde, surgem nos familiares sentimentos de incompetência e insegurança para cuidar da criança, sendo agravados pela comparação das habilidades técnicas dos profissionais de saúde. Essa situação causa interferência, em especial no desenvolvimento da função do pai e da mãe durante a internação do neonato na UTIN e depois da alta hospitalar (TAVARES; MOTA; MAGRO, 2006). Essas falhas também podem causar uma deficiência de conhecimento acerca dos cuidados hospitalares e domiciliares, provocando nos familiares angústias, ausência de protagonismo e confiança perante o prematuro (FROTA et al., 2013).

Existem pesquisas que mostram algumas falhas no treinamento dos pais e familiares para o desenvolvimento dos cuidados ao prematuro no domicílio. Em estudo realizado por Anjos et al. (2012), as mães relataram que tinham confiança na equipe de saúde, porém insegurança com os cuidados que precisariam ser dedicados ao filho no domicílio. Estudo de Frota et al. (2013) evidenciou que algumas mães não receberam orientações da equipe multiprofissional da UTIN sobre os cuidados que elas teriam que desenvolver após a alta hospitalar. Esse mesmo estudo, ao analisar as mães que receberam orientações, percebeu que elas descreveram poucos cuidados, sugerindo que as orientações não aconteceram de forma sistemática, ou a possibilidade de fatores como ansiedade e estresse terem interferido na aprendizagem das mães. Esses estudos de Anjos et al. (2012) e Frota et al. (2013) reforçam que muitas mães levam o filho para o domicílio sem estarem preparadas para a nova realidade.

Morais (2008) e Anjos et al. (2012) em suas pesquisas encontraram nos depoimentos maternos a importância da rede de apoio social para os cuidados ao filho prematuro. Segundo Soares (2008) o suporte familiar possibilitou segurança e tranquilidade para o cuidado. Esse aspecto intensifica a necessidade de as ações de educação em saúde na assistência neonatal envolverem todos os familiares do prematuro, não apenas a mãe, de forma a favorecer a compreensão dos familiares e torná-los participantes dos cuidados ao prematuro (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010).

O enfermeiro, como principal responsável pelo ato de cuidar, precisa aproximar-se dos familiares do RNPT, explicando sobre os cuidados ao prematuro desenvolvidos no âmbito hospitalar, envolvendo-os nos cuidados básicos, como alimentação e higiene, e também ampliar a educação em saúde para as orientações sobre os cuidados que deverão ser realizados no domicílio (CARMO, 2004; ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Com o objetivo de suprir a carência de publicações científicas nacionais acerca da temática, no ano de 2003, foi desenvolvida por enfermeiras uma cartilha educativa denominada “Cuidados com o Bebê Prematuro: cartilha educativa para orientação materna” (FONSECA, 2004). A cartilha foi validada e teve excelente aceitação pelos profissionais, estudantes e familiares de prematuros (FONSECA et al., 2007). Hoje está disponível gratuitamente, de forma impressa e *on-line*, a sua 4ª edição com o título “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”, apresentada em 68 páginas no formato de perguntas e respostas (FONSECA, 2012).

A utilização de material impresso possui limitações de tempo e espaço. Percebe-se que a *internet* facilita a divulgação de informações, pois promove a liberdade de busca e

navegação do material disponível. Segundo Fonseca et al. (2007), por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs), o utilizador tem acesso imediato e instantâneo às informações, onde e quando quiser, contando com a vantagem da mobilidade na aprendizagem.

Atualmente, para construir conhecimentos, muitos familiares de RNPTs têm como fonte a *internet* pela praticidade e facilidade de obter as informações (FERECINI et al., 2012). Porém, mediante uma investigação e análise dos *websites* que abordam a temática “cuidados com o prematuro”, encontram-se muitas propagandas, um grande volume de conteúdo por tela e informações não científicas.

A construção e a validação de um *website* sobre cuidados com o prematuro para orientação aos familiares ganham respaldo na Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), a qual defende o estabelecimento de estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2015).

Ao ingressar no Programa de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), esta mestranda se inseriu numa pesquisa maior, “Educação em saúde e o cuidado de enfermagem ao RN e sua família”, vinculada ao Edital Universal 14/2013/MCTI/CNPq, Processo nº 470186/203-5, tendo a oportunidade e o interesse na criação de um *website* sobre os cuidados com o prematuro direcionado aos familiares.

O interesse pela área materno-infantil surgiu na fase de graduação e se concretizou durante a residência multiprofissional em saúde da mulher, no Hospital das Clínicas (HC) da UFPE. O interesse pelos RNPT surgiu mediante o contato com pais do RNPT na maternidade (9º andar do HC), e com as mães residentes no alojamento materno (4º andar do HC), sendo perceptível o nível de ansiedade e a falta de conhecimento delas em relação à assistência realizada na UTIN e na UCIN (4º andar do HC), bem como aos cuidados a serem desenvolvidos por elas após a alta hospitalar.

Os encontros dos pais com o filho na UTIN devem ser momentos prazerosos, mas uma das mães internada na maternidade do HC precisou ser orientada e acompanhada, pois tinha medo de ver seu filho nessa unidade hospitalar. A assistência na UTIN é permeada por diversos cuidados, como: higiene, alimentação, administração de medicamentos, mas também podem ser necessários procedimentos invasivos, os quais devem ser avisados previamente aos pais, para que sejam orientados e não sejam surpreendidos, como, por exemplo, em uma situação ocorrida no HC em que uma mãe chegou para ver sua filha na UTIN e se desesperou

emocionalmente pensando que ela estava morrendo, pois encontrou diversos profissionais de saúde ao redor de sua filha.

No HC as mães que recebiam alta hospitalar passavam a ser acompanhantes dos seus filhos prematuros e, de acordo com a disponibilidade, passavam a residir no alojamento materno no HC/UFPE, espaço próximo à UTIN. A vivência com as mães acompanhantes ocorreu durante a realização de quatro palestras no alojamento materno juntamente com uma equipe multiprofissional composta por enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Em uma das palestras, foi contemplado o tema “Cuidados com o RN”, sendo percebida a ausência de orientações até aquele momento, pois as mães estavam inseguras e possuíam muitas dúvidas quanto aos cuidados domiciliares.

Fatos como esses reforçam que existe uma lacuna em relação a informações e orientações para os familiares dos prematuros por parte dos profissionais de saúde. A finalidade dessa construção acadêmica é poder fornecer aos familiares do RNPT um meio de adquirir conhecimento de forma acessível, fácil e confiável, além de contribuir no entendimento e aquisição de práticas que os ajudarão durante o internamento hospitalar e nos cuidados domiciliares.

A relevância de oferecer aos familiares do RNPT uma fonte de informação ganha respaldo na literatura, como no Manual do Método Canguru que aborda a importância da criação da autonomia da família nos cuidados ao prematuro (BRASIL, 2011a). O cuidado centrado na família é um dos princípios orientadores da expansão do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança para a UTIN (NYQVIST et al., 2012). Um dos elementos-chaves do Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN é o conforto para a família, abordando a importância de a equipe assegurar aos pais que eles são os principais cuidadores da criança e os primeiros a providenciar carinho e atenção ao RN (SANTOS, 2011).

Sendo assim, os familiares precisam de apoio, liberdade para estar sempre perto do RN e desenvolver segurança para cuidar do prematuro. Na declaração dos direitos do bebê prematuro, no artigo III, é contemplado o direito à preservação do vínculo do prematuro com sua família, como parte fundamental para sua vida (TAVARES, 2009).

Esta dissertação está inserida na área de concentração de Educação e Saúde da Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE, na linha de pesquisa Educação em Saúde. Como questão de pesquisa, pretende-se responder: “Quais as adequações necessárias à construção de um *website* direcionado à orientação de familiares sobre os cuidados com o prematuro segundo especialistas em saúde?” O trabalho teve como objetivos

construir um *website* sobre cuidados com o prematuro para orientação da família e realizar a validação de conteúdo do *website*, segundo especialistas.

A dissertação foi estruturada em seis capítulos, sendo o primeiro a apresentação. O segundo refere-se à revisão da literatura, escrito para situar o leitor sobre a problemática abordada, descrevendo um resgate histórico das políticas públicas para a atenção à saúde da criança no Brasil, o papel da enfermagem no cuidado dispensado ao prematuro e sua família, a educação em saúde para a promoção do cuidado ao prematuro e utilização de *website* como ferramenta na educação em saúde.

O terceiro capítulo apresenta uma descrição da metodologia, abordando a escolha do método, o processo de desenvolvimento do *website* e os procedimentos para a validação do *website*, os colaboradores, o instrumento e o procedimento para a coleta de dados, a análise dos dados, concluindo com os aspectos éticos da pesquisa. O capítulo quatro contempla os resultados da pesquisa, dividido em duas partes: construção e desenvolvimento do *website*; e validação do *website* realizada por 34 enfermeiros.

No quinto capítulo encontra-se a discussão e, no sexto e último capítulo, estão as considerações finais trazendo a conclusão sobre os principais achados deste estudo e as recomendações para realização de futuras pesquisas acerca da temática.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Resgate histórico das políticas públicas para a atenção à saúde da criança no Brasil

Historicamente as crianças eram ignoradas pelos médicos, e não existiam instituições que se dedicassem aos seus cuidados, as taxas de mortalidade infantil eram elevadas, principalmente entre os RNPTs. A preocupação com os altos índices de morbimortalidade e com a necessidade fisiológica de preservar o aquecimento dos RNPTs resultou na criação, no final do século XIX, das primeiras incubadoras. A utilização das incubadoras trouxe excelentes resultados clínicos para os RNPTs, principalmente para os com baixo peso e/ou menor idade gestacional (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

No Brasil, entre 1839 e 1903, foram empregados diversos recursos para manter a temperatura corporal do RNPT, que consistiam na aplicação de envoltórios de algodão, das bolsas de água quente e até mesmo, sobretudo em áreas rurais, do “tijolo quente”. No entanto, esses meios improvisados não eram totalmente eficazes e podiam causar danos à integridade da pele dos RNPTs, como queimaduras. Nas primeiras décadas do século XX, houve a valorização da condição infantil que coincidiu com o aumento pelo interesse das necessidades dos RNPTs e com a importação de incubadoras para cuidar dessas crianças (OLIVEIRA, 2004).

O advento e a incorporação das incubadoras articulados com o avanço nos estudos da fisiologia do recém-nascido (RN) e com a especificidade dos cuidados foram os elementos determinantes para a assistência a esse grupo infantil. O primeiro centro de tratamento para RNPTs foi criado em 1914, em Chicago, pelo pediatra Julius Hess, com o apoio da enfermeira Evelyn Lundeen, chamado Hospital Michael Reese. Dessa forma, com a evolução do conhecimento científico, na década de 1920, ocorreu a consolidação e a organização dos avanços tecnológicos. A partir da década de 1960, novos centros de tratamento para RNPTs foram criados, garantindo ao RN cuidados especializados, bem como equipamentos próprios para o controle e manutenção da vida dessas crianças, dando origem às UTINs (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

O desenvolvimento tecnológico e as transformações ocorridas na neonatologia resultaram no surgimento de novos equipamentos, tratamentos, conhecimentos e sofisticação das técnicas indispensáveis à manutenção da vida e ao aprimoramento do cuidado neonatal (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A Figura 1, por meio de uma linha do tempo, apresenta as políticas públicas de atenção à saúde da criança desenvolvidas no Brasil ao longo de 40 anos.

Figura 1 – Linha do tempo das políticas públicas para saúde da criança no Brasil



Fonte: autor, 2016.

LEGENDA

PNSMI: Programa Nacional de Saúde Materno Infantil

MSPA: Mobilização Social Pró-Amamentação

PNIAM: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

AC: Alojamento Conjunto

PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

GT-BLH: Grupo Técnico de Banco de Leite Humano

NCAL: Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes

PROASP: Programa de Assistência à Saúde Perinatal

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

MC: Método Canguru

ACSIC/RMI: Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil

DUDBP: Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro

IHAC/UTIN: Iniciativa Hospital Amigo da Criança para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

RC: Rede Cegonha

PNAISC: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

As políticas públicas de atenção à saúde da criança no Brasil surgem a partir da década de 1970. O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI), uma política voltada para o controle dos partos domiciliares, para o puerpério e para as ações de promoção à saúde da criança, teve sua implantação no ano de 1975 (BRASIL, 1975; BRASIL, 2011b).

Nessa mesma década, o desmame precoce e o uso cada vez maior de leites industrializados levaram a sérios agravos à saúde pública. Devido às altas taxas de mortalidade infantil no mundo, os governos são obrigados a pensar em políticas públicas de promoção do aleitamento materno (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

No Brasil, uma das ações estratégicas instaladas com o objetivo de reduzir o desmame precoce e a desnutrição crônica foi a mobilização social pró-amamentação, no ano de 1980 (ALMEIDA; NOVAK, 2004). E, no ano seguinte, em 1981, instituiu-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), que desencadeou um movimento de valorização da prática da amamentação na sociedade brasileira (ARAÚJO et al., 2003). Essa política não trouxe nenhum componente exclusivo ou específico em relação ao prematuro.

Com a valorização da amamentação, por meio da mobilização e do PNIAM, a indústria de leites modificados perdeu espaço e com isso elegeu um novo nicho mercadológico, construindo socialmente a biologia da excepcionalidade no cenário da amamentação, ou seja, passa a contemplar aqueles que vivenciam situações particulares, a exemplo da prematuridade e de alergias alimentares. Vale ressaltar que atualmente ainda pode ser visto o modelo do desmame da excepcionalidade (ALMEIDA; NOVAK, 2004).

No ano de 1983, a portaria INAMPS/MS estabelece normas e torna obrigatória a permanência do bebê ao lado da mãe, 24h por dia, mediante o Sistema de Alojamento Conjunto nos hospitais públicos e conveniados. A obrigatoriedade do alojamento conjunto em hospitais universitários ocorreu em 1986 pela Portaria do Ministério da Educação e Cultura (MEC). O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/90) (BRASIL, 1990) também garante a presença da família no contexto hospitalar. Em 1993, a portaria MS/GM nº 1.016 aprova as normas básicas para implantação do alojamento conjunto, durante todo o período de internação da mãe e do recém-nascido, em todo o território nacional (BRASIL, 1994).

Em 1983 ocorreu a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), e em 1984 foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), cujas cinco ações básicas propostas foram: o incentivo ao aleitamento materno e a orientação adequada para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; imunização para controle das doenças preveníveis; controle das doenças diarreicas; e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil

(BRASIL, 1984). O objetivo do PAISC é assegurar a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde e garantir o adequado crescimento e desenvolvimento. Nesse programa é possível ver a priorização em relação às doenças infecto-parasitárias e o enfoque nas ações preventivas, não sendo ainda contempladas as especificidades relacionadas ao prematuro.

O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil foi implantado no ano de 1943 e tinha como principal objetivo atender as demandas dos casos considerados especiais, como prematuridade, distúrbios nutricionais e alergias a proteínas heterólogas (BRASIL, 2008a). Dessa forma surge a primeira ação estratégica direcionada aos RNPTs.

O PNIAM, por meio de esforços direcionados e coordenados, no ano de 1984, instituiu o Grupo Técnico de BLH como instância de assessoramento com o objetivo de monitorar a implantação e o funcionamento de BLHs em todo o território nacional (BRASIL, 2008a). O BLH atua como promotor da amamentação natural no aleitamento dos RNPTs, da relactação e da lactação adotiva (BRASIL, 1995; 2008). O grupo técnico do BLH foi transformado em Comitê Nacional do BLH no ano de 1987, com a atribuição de aperfeiçoar as condições operacionais dos BLHs no Brasil e nesse mesmo ano produziu o primeiro documento oficial de recomendações técnicas, que serviu de base para a elaboração das Normas para Comercialização de Alimentos para Lactentes (NCAL). A Portaria GM/MS nº 322, publicada em 1988, regula a instalação e o funcionamento dos Bancos de Leite Humanos (BRASIL, 1988).

No ano de 1992, essas normas foram revistas, havendo inclusão de normas para comercialização de bicos e mamadeiras, tendo sido revisadas novamente em 2001 e 2002, passando a ser contemplada a fórmula de nutrientes apresentada e/ou indicada para RNs de alto risco (ARAÚJO, 2006; MONTEIRO, 2006). As Normas Brasileiras de Comercialização de Alimentos para Lactentes (NBCAL) são um instrumento importante na proteção contra as estratégias de marketing da indústria de alimentos e de bicos, chupetas e mamadeiras. A Lei Nº 11.265, de 2006, regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos.

Para a fórmula de nutrientes indicada para suplementar a alimentação de RNPTs e de alto risco, a NBCAL contempla que deve constar, em destaque, no painel principal dos rótulos, a seguinte frase: “Esse produto só deve ser usado na alimentação do recém-nascido de alto risco mediante prescrição médica para uso exclusivo em unidades hospitalares.” (LEI Nº. 11 265/06). Portanto, é vedada a venda em farmácias e/ou supermercados.

Na embalagem e/ou nos rótulos de fórmula de nutrientes para RN de alto risco, é proibido utilizar denominações ou frases como "fortificante do leite humano", "suplemento do leite humano" ou similares, com o intuito de sugerir que o leite humano é fraco ou que necessita ser suplementado, complementado ou enriquecido; utilizar frases ou expressões que possam pôr em dúvida a capacidade das mães de amamentarem seus filhos; ou utilizar expressões ou denominações que tentam identificar o produto como apropriado para alimentação infantil, tais como a expressão "baby" ou similares (LEI Nº. 11 265/06).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, destacou o conceito abrangente de saúde, relacionando-o com as condições de vida e modo de produção, afirmando ser a saúde um dever do Estado e direito do cidadão. Essa conferência teve como resultado a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Brasileira de 1988 (TORATI, 2011).

A Constituição de 1988 foi o grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança, com destaque para os seguintes artigos: assistência gratuita aos filhos e dependentes desde o nascimento até os seis anos de vida em creches e pré-escolas; proteção especial à gestante e planejamento familiar; licença-maternidade (atualmente ampliada para 180 dias - sancionada pelo Governo Federal em 2008); direito das presidiárias de permanecerem com seus filhos durante o período de amamentação; proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1988; BRASIL, 2008b).

Pela primeira vez, a assistência perinatal foi definida como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil, no ano de 1991, quando o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), com o objetivo de organizar a assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada, melhorar a qualidade do parto, incentivar o aleitamento materno e promover o alojamento conjunto e berçários de alto risco (BRASIL, 1991). Ainda que de forma incipiente, nesse período, as políticas começam a reconhecer o RN como sujeito do cuidado na sua integralidade, considerando a sua individualidade e especificidade, e as políticas passam a se configurar em torno do eixo da humanização em saúde (TORATI, 2011; SILVA, 2012).

Na década de 90, foi implantado o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), na tentativa de aumentar a abrangência do aleitamento materno exclusivo. Em 1992, a IHAC foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária. E em 1994 uma portaria assegura o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto, aos Hospitais Amigos da Criança (HAC), vinculados ao Sistema Único de Saúde, e outra estabelece diretrizes e normas do HAC. A IHAC se apresentou como uma forma de mobilização dos

profissionais de saúde que trabalham em serviços obstétricos e pediátricos em favor da amamentação. É uma estratégia mundial patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o objetivo de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno por meio de ações pró-amamentação conhecidas como os dez passos para o incentivo do aleitamento materno (VANNUCHI et al., 2004).

Entre 1992 e dezembro de 2010, foram credenciados 359 hospitais na IHAC. No mesmo período, 26 hospitais foram descredenciados, existindo 333 HACs no Brasil em 2011, dentro de um universo de quase 4000 hospitais com leitos de maternidade (BRASIL, 2011c). A portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, do Ministério da Saúde, redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

A expansão da IHAC para a UTIN foi proposta em um seminário internacional na Suécia, no ano de 2011, sendo um avanço, concedeu aos RNPTs uma ênfase especial, levando em consideração a situação específica de mães/pais de recém-nascidos que necessitam de cuidados hospitalares por causa de prematuridade e/ou doença. O grupo de peritos sugeriu a adição de três princípios orientadores para os Dez Passos: a atitude da equipe para com a mãe deve concentrar-se na mãe indivíduo e sua situação; a instituição deve fornecer cuidado centrado na família, apoiada pelo ambiente; e o sistema de saúde deve garantir a continuidade dos cuidados, ou seja, a continuidade do pré, peri e pós-natal e pós-alta (NYQVIST et al., 2012).

Em 1998 a assistência à saúde da criança passou a ser coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, composta por quatro linhas prioritárias: Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; Atenção à Saúde do Recém-Nascido; Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno e Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz.

O Programa Canguru foi criado na Colômbia, em 1979, pelos doutores Edgar Sanabria Rey e Héctor Martínez Gomes, em resposta à falta de tecnologia, que obrigava as equipes de saúde a colocar dois ou três RNs em uma mesma incubadora, ocasionando elevação do índice de mortalidade entre os RNPTs, principalmente por infecção cruzada (CARDOSO, 2006; VÉRAS, 2010).

No Brasil, o Método Canguru (MC) iniciou-se, em 1991, no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos, São Paulo. A seguir, foi implantado em Recife, no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (CARDOSO, 2006). No ano de 2000, esse método passou a ser implantado nas maternidades e nas unidades de tratamento intensivo neonatais do SUS em

todo o país como uma política de saúde pública (VÉRAS, 2010). Da década de 70, quando começaram a surgir as primeiras políticas públicas, até a implantação do MC, em 2000, existe um hiato na atenção e no cuidado ao RNPT e à sua família.

Apenas em 2002 o Ministério da Saúde lançou um manual de treinamento das equipes de saúde para atuarem no MC (BRASIL, 2002). A “posição canguru” consiste, segundo o manual do Ministério da Saúde, “em manter o recém-nascido de baixo peso, ligeiramente vestido, em decúbito prono, na posição vertical, contra o peito de um adulto” (BRASIL, 2002a, p. 18). Essa definição é um diferencial da proposta brasileira, em que outras pessoas, não exclusivamente a mãe, podem realizar o cuidado pele a pele com o RN (BRASIL, 2002; BRASIL, 2011a).

O MC apresenta-se como uma estratégia humanizada para o atendimento do RNPT e/ou de baixo peso, sendo pautado em quatro fundamentos básicos: acolhimento do bebê e sua família, respeito pelas singularidades, promoção do contato pele a pele do bebê com a mãe o mais precoce possível e envolvimento da mãe nos cuidados do bebê (BRASIL, 2002). A utilização do MC fortalece os vínculos afetivos; promove o aleitamento materno; diminui o tempo de internação, o tempo de separação entre os pais e o filho e as infecções hospitalares (VÉRAS, 2010; BRASIL, 2011a; SPEHAR, 2013).

O MC é dividido em três etapas. A primeira se refere ao acolhimento realizado pela equipe de saúde aos familiares do prematuro. Quando os pais estiverem prontos, e o RN apresentar estabilidade clínica para a prática da posição canguru, pode ser iniciado o contato pele a pele, geralmente uma vez por dia, ao lado da incubadora. Na segunda etapa, o RN é transferido para o alojamento conjunto, a mãe e o filho permanecem juntos 24 horas por dia e o maior tempo possível com o pai. A mãe deve ir criando autonomia nos cuidados com o filho, a equipe de saúde vai apenas dando apoio e orientações quando necessário, principalmente visando à preparação para o momento da alta (BRASIL, 2011a).

Nesse momento os profissionais da saúde podem fazer ações de educação em saúde utilizando ferramentas disponíveis, mas primeiro é preciso conscientizar esses profissionais da importância dessas ações e ofertar, por exemplo, novas estratégias, como as TIC para que sejam utilizadas nessa prática com o intuito de dar liberdade e autonomia aos familiares do prematuro na busca de informações.

A terceira etapa do MC é iniciada após a alta hospitalar, é composta pelo acompanhamento ambulatorial, com garantia de avaliação do crescimento e desenvolvimento e do equilíbrio psicoafetivo. Essa etapa termina quando o RN atinge o peso de 2.500 gramas e

passa a ser acompanhado pelos protocolos de crescimento e desenvolvimento de bebês egressos da UTIN (TORATI, 2011).

Deve ficar claro para a mãe que sua permanência no hospital, apesar de muito importante, não é obrigatória, visto que o MC deve ser algo proposto pela equipe de saúde e nunca uma imposição. Quando forem detectadas dificuldades para a participação no MC, tanto o casal quanto a família deverão ser trabalhados e auxiliados. Dessa forma, surgirão alternativas viáveis para possibilitar a maior permanência possível no hospital (BRASIL 2011a).

Alguns aspectos que dificultam a participação das mães são, por exemplo, a falta de planejamento da gravidez, as perdas em gestações prévias, a falta de apoio da família, a existência de outros filhos, a falta de ajuda relativa para as tarefas domésticas e a escassez de recursos para o transporte (VÉRAS, 2010).

A portaria de 2002 foi revogada, entrando em vigor a Portaria 1.683, de 12 de julho de 2007, que contém as informações necessárias à aplicação das três fases do MC, especificando público-alvo, recursos, normas gerais e vantagens para a promoção da saúde do RN, observando-se pequenas mudanças, como a recomendação da posição canguru na terceira etapa, ou seja, em nível domiciliar (BRASIL, 2007). Em 2009, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno/MS incluiu, na sua agenda, o fortalecimento e a expansão do MC em todo o território brasileiro, como estratégia de humanização e promoção do aleitamento materno no Brasil (BRASIL, 2009).

O lançamento da Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil trouxe como contribuições: ações de cuidado mediante a atenção integral da saúde da criança e a redução da mortalidade infantil; ações de saúde humanizadas e qualificadas à gestante e ao recém-nascido e o incentivo ao aleitamento materno, da gestação ao puerpério; e ações de vigilância da mortalidade materna e infantil, ampliando, dessa forma, a responsabilização dos gestores dos serviços de saúde no controle de doenças e agravos que possam surgir interferindo na sobrevivência da mãe e da criança (BRASIL, 2004).

Para os prematuros, familiares e profissionais de saúde, uma grande conquista aconteceu em 2009 com a elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro, defendendo que: todos os prematuros nascem livres e iguais em dignidade e direitos; têm direito a tratamento estabelecido pela ciência, às condições básicas de equilíbrio e vitalidade, à alimentação com o leite de sua própria mãe ou, na falta deste, com o leite

pasteurizado de outra mulher, tão logo suas condições clínicas o permitam (TAVARES, 2009).

A iniciativa do Ministério da Saúde, Rede Cegonha, fundamentada nos princípios da humanização e assistência, amplia os direitos das mulheres, dos recém-nascidos e das crianças ao acesso, ao acolhimento e à melhoria da qualidade do pré-natal e do parto, ressaltando-se o direito à atenção à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011d).

Em 2012 a Portaria 930 estabelece novas diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS. No Art. 3º são descritas as diretrizes, dentre elas a oferta de atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada; e estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao RN. Destaque para os seguintes objetivos contemplados no Art. 4º: Atenção à Saúde Neonatal para garantir acesso, acolhimento e resolutividade e priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e na sociedade; e indução à formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao RN (BRASIL, 2012a).

No ano de 2014, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual pretende sistematizar e articular um conjunto de ações programáticas e estratégicas existentes para a saúde da criança menor de 16 anos com o objetivo de reduzir a morbimortalidade e contribuir para um ambiente facilitador da vida e do pleno desenvolvimento (BRASIL, 2014).

Considerando o aumento de nascimentos prematuros, é preciso concentrar esforços para determinar ações de boas práticas no atendimento ao neonato. A falta de articulação entre as áreas de formulação de políticas e execução das ações de saúde tem sido um complicador para a implantação das diretrizes e normas técnicas, reforçando a necessidade de educação continuada e sensibilização dos profissionais envolvidos. Além disso, outros problemas como o de financiamento, o de integração dos diferentes prestadores (federais, estaduais, municipais, universitários, filantrópicos e conveniados), o da diversidade regional do país, com alcance limitado no atendimento, também são desafios (SILVA, 2012).

2.2 O papel da enfermagem no cuidado ao prematuro e à sua família

O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão (COSTA; PADILHA; MONTICELLI, 2010) o qual deve ser desenvolvido de forma flexível, sofrendo adaptações conforme a necessidade do enfermeiro e do ser cuidado, com o objetivo de promover um cuidado individualizado e ao mesmo tempo integral (ROCHA et al., 2008).

Cuidar de um prematuro traz exigências e requer atenção, conhecimento de suas especificidades clínicas e percepção às respostas individuais, por exemplo, em relação a um medicamento, a aceitação da alimentação, o ganho de peso, o controle respiratório, tudo está na dependência da capacidade e competência do RN (BRASIL, 2011a).

O Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP), criado na década de 80, defende que a observação detalhada do comportamento do RN pelos profissionais é um bom guia para que eles possam promover de forma continuada os cuidados individualizados de suporte adaptados ao seu desenvolvimento (SANTOS, 2011).

O fundamento dos cuidados centrados no desenvolvimento não é simplesmente cobrir a incubadora, diminuir as luzes e os ruídos ou utilizar suportes para o posicionamento do RN, embora essas ações possam fazer parte do plano de cuidados. O foco principal depende dos relacionamentos que o cuidador está disposto a construir com o prematuro, podendo ser iniciado ao providenciar apropriados suportes e atenção para o RN e para a família, que é a principal reguladora do seu desenvolvimento (SANTOS, 2011).

Também é preciso estabelecer uma parceria de comunicação com o prematuro de forma a reconhecer os sinais significativos de suas necessidades, que vão além de alimentação e higiene (BRASIL 2011a). Os profissionais que trabalham na UTIN devem respeitar o direito do prematuro a um ambiente tranquilo, com ausência de ruídos, a presença da penumbra, onde exista a utilização dos ciclos dia/noite (TAVARES, 2009; SANTOS, 2011).

Todas as ações realizadas pelos enfermeiros devem ser permeadas pela humanização da assistência ao RN, significando eficácia na atenção neonatal, por meio da atenção individualizada e da participação da família no processo assistencial (TORATI, 2011).

Para prestar um cuidado eficiente e eficaz, o enfermeiro faz uso de instrumentos e equipamentos, lança mão de um conjunto de conhecimentos e estabelece relações de vínculo e acolhimento (ROCHA et al., 2008). O manual do MC aborda que o acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo, constituindo-se no ato de receber e atender os diferentes integrantes da família do RN internado na Unidade Neonatal,

procurando facilitar sua inserção nesse ambiente e favorecer a interação e o estabelecimento de vínculos afetivos familiares (BRASIL, 2011a). Sendo assim, o planejamento e a organização dos cuidados devem incluir oportunidade de interação entre o RN e a família, mesmo que seja por meio de contato silencioso e discreto (SANTOS, 2011; TAVARES, 2009).

O enfermeiro deve estar atento à comunicação com a família do prematuro, pois a ausência de informação ou uma informação inadequada em um momento impróprio pode interferir no processo interativo. Para que exista uma boa comunicação, é preciso verificar o grau de compreensão que a família tem sobre as informações recebidas, pois informações excessivamente técnicas podem dificultar o entendimento. A escuta dos temores e preocupações dos familiares contribui para que sejam oferecidas informações sobre a rotina, sobre os aparelhos e sobre os cuidados que cercam o RNPT a partir das necessidades de cada família. Uma atenção cuidadosa oferecida pelos profissionais de saúde nos primeiros momentos poderá reduzir ansiedades e medos (BRASIL 2011a).

A equipe de saúde, em especial o enfermeiro, pode atuar na preparação dos pais para o primeiro contato com o filho, oferecendo apoio para realizar essa aproximação no tempo que lhes for mais adequado, realizando uma escuta que valorize as dúvidas e forneça dados sobre o ambiente da UTIN ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) e as condições de saúde do prematuro. Facilitar a entrada dos pais na unidade neonatal sem restrição de horários é um fato importante, principalmente para o pai trabalhador. (BRASIL, 2011a).

Os pais do prematuro esperam que o ambiente da UTIN lhes conceda suporte, que os ajude no seu papel de pais e, por conseguinte, que possa favorecer o acompanhamento deles, não sendo um ambiente intensivo onde os pais são meros visitantes (SANTOS, 2011). Visto que o prematuro necessita ser cuidado por um período maior pela equipe de saúde, é preciso a sensibilidade profissional e humanização na assistência para amenizar a separação e promover a proximidade e continuidade dos cuidados familiares, a partir da criação de um ambiente acolhedor e receptivo, o qual envolva os pais nos cuidados dispensados ao prematuro, como troca de fralda, higiene e alimentação (BRASIL, 2011a).

A percepção da equipe de saúde do grau de dificuldade da situação em que se encontra a família é fundamental para detectar a necessidade de se acionar uma rede de apoio que possibilite à família acompanhar o RN durante a internação e após a alta hospitalar. Desde o início da internação, a equipe de saúde deve orientar os pais para que reforcem seus contatos com a família ampliada, pois geralmente são eles que se oferecem como rede de apoio para dar continuidade a suas atividades ou compromissos e no cuidado com o restante da família.

Portanto, o acolhimento à família, no ambiente neonatal, implica a facilitação para que outros familiares participem do processo de auxiliar nos cuidados tanto do RN quanto de seus pais e irmãos durante esse período (BRASIL, 2011a).

Quando os pais dispõem de uma rede de apoio, por intermédio de parentes, de amigos, de vizinhos e de membros da sua comunidade religiosa, podem estar presentes durante a internação do RN e agregam para si outras pessoas que poderão oferecer cuidados ao prematuro. Da mesma maneira, os grupos espontâneos que surgem entre as mães internadas nas unidades para acompanharem seus RN são, sem dúvida, fator de sustentação considerando as solicitações do RN e de sua internação (BRASIL 2011a).

As atividades direcionadas ao RN devem oferecer proteção para sua recuperação e seu desenvolvimento. Os cuidados da enfermagem realizados em ambiente hospitalar para o conforto do RN são, por exemplo, a postura e o contato pele a pele. O suporte postural tem como objetivo propiciar e manter o conforto do prematuro, aumentar o bem-estar e a tranquilidade do RN, permite também que esteja mais competente em regular suas funções fisiológicas para atingir estabilidade e conservar energia (BRASIL, 2011a; SANTOS, 2011).

A chave para um bom suporte e posicionamento encontra-se na cuidadosa avaliação individual de forma contínua e sensível aos sutis sinais de desorganização do RN. Nessa avaliação é preciso estar atento às peculiaridades clínicas (estado hemodinâmico, presença de secreção pulmonar, trabalho respiratório, ausculta pulmonar, acesso venoso, etc.), ao desenvolvimento global e também às necessidades da família (BRASIL, 2011a). A posição supina é a postura recomendada na prevenção de morte súbita pela Academia Americana de Pediatria (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004) devendo ser utilizada na unidade neonatal, bem antes da alta, e ser fortemente recomendada para uso em domicílio.

O contato pele a pele é realizado mediante o MC. O enfermeiro deve ajudar na instalação e continuidade desse cuidado orientando e estimulando a mãe ou um outro familiar (BRASIL, 2011a). Esse contato também é assegurado pelos direitos do prematuro no artigo XII e, de acordo com o NIDCAP, é um componente importante nos cuidados centrados no desenvolvimento, pois fornece um equilíbrio entre o sistema tátil e os sistemas visual e auditivo, também auxilia no sono, na atenção dirigida à mãe, favorece a manutenção da temperatura adequada, melhora aspectos cardiorrespiratórios e permite melhor ganho de peso (TAVARES, 2009; SANTOS, 2011).

A importância de manter a mãe e o RN sempre juntos contribui para favorecer a amamentação, reduzir o nível de estresse decorrente da prematuridade, reduzir ou evitar a depressão pós-parto (SANTOS, 2011). Segundo o NIDCAP e, no artigo XI dos direitos do

premature, o MC tem efeito positivo na promoção do vínculo e da oferta do leite materno ao prematuro, e a equipe de saúde tem uma missão importante nesse contexto (TAVARES, 2009; SANTOS 2011).

O conhecimento científico acerca dos benefícios do aleitamento materno e da importância do vínculo entre o prematuro e sua família, além do seu compromisso e responsabilidade na promoção da qualidade de vida do prematuro, colabora para que uma das ações da enfermagem seja o incentivo, a valorização e o apoio ao aleitamento materno e a prática do método canguru (CZECHOWSKI; FUJINACA, 2010; VÉRAS, 2010; BRASIL, 2011c; SPEHAR, 2013).

O enfermeiro deve cumprir e incentivar os outros profissionais a seguir os 10 passos do sucesso do aleitamento materno na UTIN (BRASIL, 2011c). Um local onde também é possível ver a importância do enfermeiro nas orientações acerca do aleitamento materno é o BLH. A Rede de Bancos de Leite Humano no Brasil, em 2016, conta com aproximadamente 219 unidades. Destas, 49 estão no Nordeste, e em Pernambuco existem nove BLHs.

Tendo em vista a humanização no atendimento ao RNPT, é recomendado que o enfermeiro antes de realizar qualquer procedimento respeite o sono profundo e superficial; console-o completamente, caso ele esteja chorando; primeiramente fale suavemente antes de tocá-lo; evite mudanças súbitas; considere, previna e trate a dor (TAVARES, 2009; BRASIL, 2011a; SANTOS, 2011). As atividades devem ser efetuadas de acordo com as reais necessidades do RN, e não de forma rotineira. Os procedimentos que provocam estresse podem ser realizados em dupla, com parceria entre os profissionais e a família, para que um possa atender às necessidades do RN enquanto o outro desenvolve o procedimento (SANTOS, 2011).

Durante o procedimento é preciso permitir a recuperação fisiológica e comportamental do prematuro executando o procedimento em etapas de forma lenta e gentil, utilizando estratégias para o manejo do estresse e da dor como, por exemplo, a sucção não nutritiva (TAVARES, 2009; BRASIL, 2011a; SANTOS, 2011). Os cuidados após o procedimento devem ser: deixar o prematuro estável, com recuperação da frequência cardíaca, frequência respiratória e do tônus muscular e evitar o uso de outros estímulos concomitantes (BRASIL, 2011a; SANTOS, 2011). O NIDCAP considera necessário garantir ao RN uma hora de tranquilidade após o procedimento, deixando-o livre de manuseio e estimulação (SANTOS, 2011).

A função do enfermeiro na Atenção Básica corresponde ao seguimento e realização da puericultura de crianças de risco, a fim de evitar a superlotação da rede terciária

(VASCONCELOS et al., 2012). O seguimento do prematuro deve ocorrer até a idade escolar e ter periodicidade; sendo a primeira consulta em torno de uma semana após a alta, para avaliar a adaptação do prematuro ao lar. Em seguida, as consultas devem ser bimensais, no primeiro semestre, e trimestrais até os dezoito meses. De dois a quatro anos, as consultas podem ser a cada seis meses, se a criança estiver evoluindo bem, e, posteriormente, uma vez ao ano (BRASIL, 2011a).

O cuidado de enfermagem é integral. Esse profissional acompanha o prematuro e sua família durante o internamento hospitalar até a alta, oferecendo orientações, realizando as visitas domiciliares e acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. As visitas domiciliares possibilitam maior conhecimento da dinâmica familiar, reconhecendo sua cultura, seus hábitos e seus cuidados de saúde (COSTA et al., 2011; SANTOS et al., 2014; SOUSA; ERDMANN, 2012). Também contribui para a manutenção do aleitamento materno, melhor acompanhamento da vacinação e das consultas especializadas, corresponsabilidade no acompanhamento do bebê e melhor sustentação da rede sociofamiliar de apoio (BRASIL, 2011a).

O seguimento ambulatorial deve ser realizado pelo médico e/ou pelo enfermeiro, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento global utilizando as curvas sugeridas pela OMS. Para avaliação correta do peso e da estatura até dois anos e do perímetro cefálico até 18 meses, é necessário ajustar a idade de acordo com o tempo de prematuridade (BRASIL, 2011a).

A linha de cuidado da saúde da criança tem como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e a assistência baseia-se na promoção da saúde, da prevenção, do diagnóstico precoce e da recuperação dos agravos à saúde. O instrumento utilizado para esse acompanhamento, desde 2005, é a Caderneta de Saúde da Criança, distribuída universalmente para todos os nascidos vivos nas maternidades públicas e privadas (RIO DE JANEIRO, 2010). Estudo desenvolvido por Aires (2015) verificou a necessidade de incentivar ações de promoção à saúde no seguimento do RNPT na Atenção Básica e da adesão e da sensibilização dos profissionais quanto à importância do registro na Caderneta de Saúde da Criança.

O enfermeiro que atua nos serviços de atenção à saúde da criança deve possuir conhecimentos científicos e prestar um cuidado específico às demandas da criança e da sua família, tendo atenção às suas singularidades, e deve estar amparado também pelas ações de educação em saúde que poderão ser realizadas dentro do ambiente hospitalar e após a alta (BUBOLTZ et al., 2014). Vale ressaltar que todas as orientações acerca do cuidado com o

premature devem ser feitas de forma detalhada para que a família sinta segurança e compreenda a importância do acompanhamento do serviço de saúde (CHIODI et al., 2012).

A educação em enfermagem é desafiada a preparar os novos profissionais com conhecimentos e habilidades para a prática da promoção da saúde em diversos ambientes e de acordo com as tecnologias disponíveis atualmente. Os tópicos relacionados às TICs, bem como o treinamento e o incentivo para sua utilização, necessitam ser incluídos nos currículos de enfermagem (LEITE, 2014).

Para realizar todas essas atividades descritas, o enfermeiro enfrenta desafios, em especial durante sua atuação na UTIN. Em estudo qualitativo de Montanholi (2011) sobre a atuação da enfermeira na UTIN, alguns enfermeiros afirmaram inserir os pais no cuidado ao RN por meio do toque e do aleitamento materno, porém relataram que nem sempre tinham disponibilidade para estar com os pais e que a sobrecarga de trabalho administrativo gerava insatisfação pela dificuldade em se dedicar ao cuidado direto do RN e às atividades de capacitação. Torna-se urgente sensibilizar os enfermeiros e os gestores das instituições hospitalares quanto à importância de os cuidados diretos aos RNs internados em uma UTIN serem realizados por enfermeiras.

De acordo com Santos (2011), é possível ver uma transformação gradual na assistência ao RNPT, substituindo os procedimentos baseados apenas em protocolos por cuidados individualizados, com base na interação e colaboração com o RN e a família. Outras mudanças que podem contribuir para a melhoria do cuidado são: o equilíbrio entre o trabalho administrativo e o cuidado direto ao RN internado em UTIN, cursos de aprimoramento, eventos de atualização, implantação de protocolos de cuidado, humanização dos profissionais de saúde (MONTANHOLI, 2011).

2.3 A educação em saúde para a promoção do cuidado ao prematuro

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS, sendo revisada em 2014, tendo entre os seus objetivos o de promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicos em promoção da saúde para trabalhadores, gestores e cidadãos (BRASIL, 2015).

Para que os profissionais do setor possam atuar na promoção da saúde e promover a educação nessa área, é preciso primeiramente que ocorra a educação voltada para os

profissionais da saúde. Trata-se, então, de educação na saúde. Esse processo de educação consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (FALKENBERG, 2014). O sexto eixo operacional da PNPS envolve a educação e a formação por meio do incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos (BRASIL, 2015).

Há duas modalidades de educação no trabalho em saúde: a educação continuada e a educação permanente. A educação continuada consiste no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. A educação permanente consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Seria uma educação muito mais voltada para a transformação social (FALKENBERG, 2014).

Educação em saúde, segundo o MS, é entendida como sendo um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia da população 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, 2015). Assim percebe-se o envolvimento de três segmentos de atores prioritários: os profissionais de saúde que valorizam a prevenção e a promoção da saúde; os gestores que apoiam esses profissionais; e a população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente (FALKENBERG, 2014).

A educação em saúde se constitui em uma prática integral e privilegiada no campo das ciências da saúde, uma vez que pode ser desempenhada em todos os momentos, espaços, dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde, em diferentes organizações, instituições e níveis de atenção, portanto necessita da adesão de todos os profissionais, implementando-se como uma atividade que foca a interação entre os diferentes saberes e fortalece o vínculo do profissional com o usuário (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011; BUBOLTZ et al., 2014; FALKENBERG, 2014).

A educação tem como objetivo transformar a consciência possibilitando que os indivíduos façam suas escolhas (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009; BUBOLTZ et al., 2014). Para que a educação em saúde alcance esse objetivo, é necessário que compreenda a

realidade do público-alvo, no qual são vivenciados seus principais problemas de saúde. Dessa forma será possível abranger seus interesses, oferecendo conteúdos e práticas de acordo com suas necessidades, tendo assim uma ferramenta de educação em saúde que poderá servir para influenciar a realidade dos indivíduos alvos da ação (LOPES; ANJOS; PINHEIRO, 2009).

Na educação em saúde, deve ser enfatizada a educação popular em saúde, à qual é intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais (BRASIL, 2012b). A educação popular se baseia no diálogo com os saberes prévios dos usuários dos serviços de saúde, nos seus saberes “populares” e na análise crítica da realidade. A educação popular em saúde continua sendo hoje um desafio aos gestores e profissionais na busca por práticas integrais mais voltadas às reais necessidades das populações e considerando, como suporte para essas práticas, tanto processos de informação e de comunicação como de participação popular e de participação social (FALKENBERG, 2014).

A promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde. No âmbito individual e coletivo, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

Produção de saúde e cuidado representa incorporar o tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, de modo que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social, e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber (popular, tradicional e científico), construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde (BRASIL, 2015).

No âmbito da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na promoção desse segmento passa a ser uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos e de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida. (BRASIL, 2015).

O ideal é que, nos currículos de educação continuada e nas ações de educação permanente em saúde, sejam inseridas metodologias de ensino-aprendizagem participativas e dialógicas, visando uma formação profissional em saúde mais adequada às necessidades de saúde individuais e coletivas, na perspectiva da equidade e da integralidade (FALKENBERG,

2014). Esse contato irá contribuir para que o profissional conheça e passe a utilizar essas metodologias nas suas ações de educação em saúde.

Na escolha do recurso metodológico para a educação em saúde, Lopes, Anjos e Pinheiro (2009) ressaltam alguns pressupostos para essa definição: as ações de educação em saúde como estímulo participativo, orientadas no enfoque à liberdade, à autonomia e à independência dos sujeitos envolvidos, sendo essa educação pedagógica e terapêutica.

Um exemplo prático foram as atividades desenvolvidas no grupo de apoio às mães acompanhantes de seus filhos prematuros em um hospital de Recife, capital de Pernambuco. Utilizando como principal estratégia a escuta que permitiu a expressão de sentimentos e pensamentos, as mães relataram ter conseguido compartilhar momentos alegres e descontraídos no grupo, e houve a formação de vínculo afetivo entre as mães e a enfermeira pesquisadora devido às interações promovidas pelo programa de educação em saúde (VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008).

A metodologia participativa foi também utilizada em um programa de educação em saúde com o objetivo de construir conhecimentos sobre os cuidados com o prematuro. As mães participantes consideraram importante a vivência no programa, perceberam que tiveram liberdade para elucidar suas dúvidas, adquiriram conhecimentos que poderiam ser socializados com a família, desfrutaram de um espaço que propiciou descontração e escuta, além disso desenvolveram vínculos afetivos com a enfermeira e com outras mães (FERECINI et al., 2009).

Dentre os instrumentos utilizados, o uso de materiais educativos tem ganhado destaque como estratégia na orientação e educação em saúde. A contribuição de enfermagem nessa área pode ser vista mediante a criação do álbum seriado “Eu posso amamentar o meu filho” a respeito da autoeficácia em aleitamento materno (DODT; XIMENES; ORÍÁ, 2012). Estudo que realizou a intervenção educativa com o álbum seriado encontrou que a aplicação da ação repercutiu positivamente na autoeficácia para amamentar e na manutenção do aleitamento materno exclusivo (JAVORSKI, 2014).

A enfermagem também tem contribuído para a construção de cartilhas educativas, como: “Cartilha para pacientes vítimas de queimaduras” (CASTRO; LIMA JÚNIOR, 2014), cartilha “Alimentação saudável na gravidez com os alimentos regionais” (OLIVEIRA, 2014) e a cartilha “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família” (FONSECA, 2012). Os resultados positivos obtidos nos estudos investigados em revisão integrativa provocam a reflexão de que a criação de materiais educativos pode contribuir para o processo de educação em saúde (CHIODI et al., 2012).

A educação em saúde para os familiares do RNPT visa oferecer suporte para que a mãe possa lentamente se adaptar à nova rotina, podendo cuidar de seu filho e desmistificar a percepção do prematuro como alguém muito fragilizado (MORAIS, 2008; BRASIL, 2011). Para os familiares do RNPT, a realização do MC contribuiu para o aprendizado dos cuidados domiciliares (SOARES, 2008). Durante a realização do MC, o profissional de enfermagem pode fornecer informações para orientar o modo de cuidar no domicílio, porém não dispõe de um álbum seriado ou uma cartilha específica. Assim o enfermeiro pode fazer uso da cartilha desenvolvida por Fonseca (2012).

As práticas de educação em saúde são inerentes ao trabalho em saúde, porém muitas vezes são colocadas em segundo plano no planejamento e na organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (FALKENBERG, 2014). Percebe-se que a educação em saúde ainda é desenvolvida de forma esporádica no âmbito da saúde, em especial as ações educativas voltadas para a promoção do cuidado ao prematuro, no ambiente hospitalar e na AB, sendo necessária a interação na prática entre os três segmentos da estratégia: a gestão, os profissionais e a população, utilizados para o desenvolvimento desse processo (FALKENBERG, 2014).

Os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e contam com um rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias (FALKENBERG, 2014). A educação tem sentido o impacto promovido pela grande disponibilidade de informação, sendo importante a promoção de novas estratégias educacionais, em particular na área da saúde, fazendo uso de recursos tecnológicos como os *websites* (LINS; MARIN, 2012; ROCHA, 2015). Sendo assim, a criação de material de apoio para as atividades de educação em saúde envolve também a construção de *websites* educacionais visando contribuir para a promoção da saúde.

2.4 Website como estratégia educativa para educação em saúde

Os avanços técnicos nos campos das telecomunicações e da informática colocaram, no final do século XX, à disposição da sociedade novas formas de se comunicar, produzir e difundir informação. As mídias são importantes e sofisticados dispositivos técnicos de comunicação, e, ao integrar as mídias nos processos educacionais, é possível suprir uma demanda social e cultural (BÉVORT, 2009).

A interação homem-computador (IHC) é uma área multidisciplinar que tem como objetivo estudar o projeto (*design*), a avaliação e a implementação de sistemas interativos e os

fenômenos associados a esse uso. A interface estabelece a mediação do processo de comunicação, sendo composta por toda parte com a qual o utilizador mantém contato com o sistema. A realidade virtual é a interface mais natural e poderosa da IHC, devido às suas potencialidades, transformando o observador em um sujeito capaz de explorar e manipular livremente um ambiente e de interagir com informações em tempo real (CAETANO; MALAGUTTI, 2012).

A tecnologia de realidade virtual tornou-se mais popular à medida que seus sistemas foram sendo desenvolvidos para utilização na *internet*, sendo possível levar essa tecnologia para o utilizador dito comum, transpondo os limites dos centros e instituições de pesquisa e ensino (CAETANO; MALAGUTTI, 2012).

Um *website* é um conjunto de páginas na *internet* organizadas sobre determinado tema. Literalmente significa “local na rede”, identificado por um endereço *web*. Os *websites* são segmentos de *software*, nos quais os conceitos e as atividades práticas mostram a interação do homem com o computador. Dessa forma, são sistemas desenvolvidos para utilizadores, portanto deve fazer uso formalizado de linguagens e tecnologias para projetar, implementar o *website* com uma estrutura padrão e para fazer o *design* das interfaces tendo como objetivo proporcionar ao utilizador um melhor entendimento e um melhor *design* (DZENDZIK, 2005).

O desenvolvimento de *websites* envolve a utilização de linguagens e tecnologias, modelos e metodologias de modelagem e de implementação e de técnicas de uso de ferramentas gráficas e de *design*. Isso envolve a aplicação de princípios da engenharia e de usabilidade, técnicas e conhecimentos gerais sobre *design* de interfaces. Muitos *websites* são desenvolvidos sem considerar os critérios de usabilidade, sem ponderação no uso de cores, imagens e textos, não possuem uma sequência lógica, nem consistência de conteúdo. Todos esses fatores desencadeiam a dificuldade do acesso a informações claras, precisas e confiáveis na *internet* (DZENDZIK, 2005; CAETANO; MALAGUTTI, 2012).

Deve fazer parte do projeto da criação de um *website* analisar um possível perfil dos utilizadores, a partir das considerações de pesquisas em âmbito nacional, para que sua composição tenha o *design* e a velocidade atrativos ao utilizador. Os resultados da nona edição da pesquisa TIC Domicílios, realizada no ano de 2013, reafirmam a manutenção do crescimento na proporção de domicílios brasileiros com acesso à *internet*, sendo 27,2 milhões de residências estimadas com acesso à rede mundial de computadores, 43% dos domicílios conectados à *internet*. Pela primeira vez os dados ultrapassam a metade da população. Percebe-se também uma tendência de crescimento na proporção de domicílios com

computador. A pesquisa estima que 30,6 milhões de domicílios brasileiros possuam computador, seja ele de mesa, portátil ou *tablet*, o equivalente a 49% dos domicílios. Um elemento fundamental do perfil de uso da *internet* é o crescimento das formas de acesso por meio dos dispositivos móveis. A pesquisa TIC Domicílios estima 52,5 milhões de utilizadores de *internet* pelo telefone celular no Brasil, o que equivale a 31% da população (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2014).

De acordo com o tipo de conexão, a pesquisa mostra que a banda larga fixa (a cabo, via rádio ou via satélite) é o tipo de conexão mais comum no país - 66% dos brasileiros a utilizam. As conexões móveis de *internet*, em 2013, estiveram presentes em 22% dos domicílios brasileiros. Quanto à velocidade de conexão, existe uma disparidade entre as áreas urbana e rural. Enquanto na área urbana 22% dos domicílios apresentam velocidades de conexão acima de 8 Mbps, e 28%, velocidade de conexão até 1 Mbps, na área rural esses mesmos tipos de velocidade atingem respectivamente 2% e 48% dos domicílios conectados (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2014). Percebe-se o uso de diversos tipos de conexão, os quais podem oferecer uma melhor qualidade ou um acesso inferior à *internet*, por exemplo, a conexão móvel dá maior liberdade aos utilizadores. Existe uma disparidade de qualidade na velocidade da *internet* entre a área urbana e a rural, demonstrando que na área urbana ainda se enfrenta dificuldades de acesso.

No levantamento do perfil dos internautas na pesquisa de 2013, na amostra ponderada, em relação aos dados sociodemográficos, quanto à escolaridade, 49% estavam cursando o ensino fundamental, 31%, o ensino médio, 13% possuíam o ensino superior, e 7% eram analfabetos ou cursaram apenas a educação infantil. Em relação à idade, 12% se encontravam entre 10 e 15 anos, 17%, entre 16 e 24 anos, 19% estavam na faixa etária de 25 a 34 anos, e 17% da amostra ponderada tinham entre 35 e 44 anos, enquanto que 20% estavam na faixa etária de 45 a 59 anos, e 15% tinham 60 anos ou mais. Entretanto, há uma notável diferença na proporção de utilizadores por faixa etária, com tendência decrescente. Entre os indivíduos de 10 a 15 anos, a proporção de utilizadores chega a 75%, e, entre os de 16 a 24 anos, é de 77%; entre as pessoas de 35 a 44 anos, 47%; entre os indivíduos de 45 a 49 anos, a proporção é de 33%; e apenas 11% das pessoas com mais de 60 anos são utilizadores da rede (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2014).

Porém, as pessoas precisam não apenas ter acesso às informações, que seria o contato direto, sem intermediários, mas acima de tudo conseguir transformar a informação em compreensão e conhecimento. O contato à TIC através dos profissionais de saúde poderia justamente colaborar para um acesso guiado, orientado, no qual às dúvidas também fossem

sanadas durante a navegação, visto que de acordo com o código de conduta ética da informação em saúde (HON Code), as informações do *website* são complementares e não substitui a relação dos profissionais com a clientela.

Existem três desafios: o primeiro é o acesso e a participação na criação e no compartilhamento de informações, o segundo desafio é possibilitar a transformação da “informação” em “conhecimento”, e o último desafio é a necessidade de ambientes de apoio mais fortes. Para tanto, as TICs constituem tanto uma necessidade quanto uma oportunidade para a educação. O sistema educativo ainda não conseguiu difundir a importância da mídia-educação entre os educadores em geral. O que se vê são iniciativas isoladas e dependem da motivação dos atores envolvidos (UNESCO, 2007).

A influência das novas tecnologias tem causado mudanças na sociedade. Sendo assim, é preciso aproveitar o potencial das tecnologias em benefício da população e contribuir para a construção do conhecimento. A utilização do *website* como estratégia educativa pode propiciar a aquisição de conhecimento de maneira interativa, o desenvolvimento de habilidades de pesquisa, além de promover a divulgação técnico-científica e a construção do saber por seus utilizadores (GONÇALVES et al., 2010).

Nesse sentido, muitos cursos de graduação e de pós-graduação de Enfermagem têm feito uso das TICs para favorecer a oportunidade de aprendizagem. Pesquisadores em enfermagem desenvolveram e avaliaram *websites* como recurso didático para a aquisição de conhecimento pelos estudantes de enfermagem, podendo destacar a criação de *websites* abordando os seguintes assuntos: saúde mental (ROCHA et al., 2012), informação de saúde sobre doença arterial coronariana (MARQUES; MARIN, 2002), hipermídia educacional para o ensino do procedimento de medida da pressão arterial (ALAVARCE; PIERIN, 2011), simulação para o ensino de enfermagem em terapia intensiva (BARBOSA; MARIN, 2009), *website* educacional para enfermeiros contendo informações sobre avaliação e cuidados preventivos dos pés em pacientes com *diabetes mellitus* (ALVES et al., 2006), primeiros socorros (MORI; WHITAKER; MARIN, 2013), ambiente virtual de aprendizagem (AVA) sobre gerenciamento em eventos adversos (XELEGATI; ÉVORA, 2011), assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica (LINS; VERÍSSIMO; MARIN, 2010; LINS; MARIN, 2012) e atendimento da ressuscitação cardiopulmonar no RN (GONÇALVES et al., 2010).

Sobre a assistência ao RNPT, pesquisadores de enfermagem desenvolveram um *software* educacional “Semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo”, o qual apresenta tecnologia avançada, informatizada e interativa com uma série de mídias integradas,

fotos, figuras, vídeos e sons, além de simulações que permitem a aproximação máxima da realidade, apresentando, gradativamente, a complexidade e as especificidades do RNPT (FONSECA et al., 2008; FONSECA et al., 2009). Esse *software* passou pela avaliação de conteúdo e aparência com a participação de especialistas em informática, especialistas em audiovisual e enfermeiros docentes e assistenciais. Ao final da avaliação, o *software* foi considerado adequado para ser utilizado no ensino de enfermagem sobre a semiótica e a semiologia do RNPT (FONSECA et al., 2008).

Ainda sobre a temática do prematuro, Góes et al. (2011) realizaram a avaliação de um objeto virtual de aprendizagem-raciocínio-diagnóstico em enfermagem aplicado ao prematuro em UCIN inserido no referencial pedagógico da problematização. Participaram do estudo 12 peritos da área de informática e 31 de enfermagem, sendo 17 enfermeiros e 14 docentes. Os itens quanto à apresentação, organização, usabilidade e impressão geral foram avaliados positivamente por mais de 80% dos avaliadores. No *website* estão disponíveis sete casos clínicos de prematuros e um total de 72 diagnósticos de enfermagem com o objetivo de utilizar a informática na formação e na educação permanente em enfermagem.

Um *website* direcionado para mães e familiares de prematuro foi desenvolvido com o intuito de auxiliar na prática e na manutenção do aleitamento materno do RNPT, o qual foi avaliado por profissionais de enfermagem e de informática. Após avaliação e inclusão das sugestões na edição final, foi considerado válido para utilização e disponibilização à comunidade (FERECINI, 2011). Esse *website* foi posteriormente avaliado pelo utilizador a respeito do visual, da facilidade do uso, da navegabilidade e do conteúdo, tendo como resultado a concordância esperada, sendo considerado pelos utilizadores como informativo e importante para apoiar a mãe na prática do aleitamento materno do RNPT (VASCONCELOS et al., 2013).

As metodologias utilizadas para o desenvolvimento de *websites* são diversas, e todas estão sujeitas a modificações e a evolução constantes. A metodologia de desenvolvimento de *websites* chamada DADI é composta por: Definição, Arquitetura, *Design* e Implementação. Essa metodologia visa servir como um guia para o desenvolvimento do *website*, uma vez que, no decorrer dos processos de criação, as etapas se interagem, podendo ser redefinidos os detalhes do projeto inicial (VICENTINI; MILECK, 2000).

A criação de *website*, atualmente, pode ser feita por pessoas com conhecimentos básicos em informática, visto que diversas ferramentas de uso livre estão disponíveis. Porém são necessários muitos requisitos para que o *website* seja de boa qualidade, e a preocupação existente é em relação ao que se escreve ou se comunica à pessoa leiga. Na criação de um

website para pessoas leigas acerca da gestação, o autor afirma que o maior gasto de tempo foi no processo de conceitualização, devido à necessidade de extensa pesquisa bibliográfica e à seleção do conteúdo abordado (MIRANDA; MARQUES, 2011).

O código de condutas *Health On the Net* (HON) estabeleceu em 1995 o código de conduta ética da informação em saúde, composto por oito princípios, com o objetivo de garantir a disseminação de informações médicas de qualidade, com transparência e objetividade, para os diversos públicos, sejam pacientes ou profissionais da área de saúde.

Os princípios estabelecidos pelo código HON são:

1. Autoridade: indica as qualificações dos autores do *website*. Toda orientação de saúde contida no *site* é oferecida somente por profissionais treinados e qualificados.
2. Complementaridade: as informações do *website* devem apoiar, e não substituir a relação entre o profissional de saúde e o paciente.
3. Confidencialidade: os visitantes do *website* precisam ter sua privacidade e sua confidencialidade quanto aos dados pessoais enviados ao *site*.
4. Atribuições: as referências da informação publicada devem ser citadas de forma clara.
5. Justificativas: o *site* deve trazer comprovações caso disponibilize informações sobre um tratamento específico, produto comercial ou serviço.
6. Transparência da propriedade: o autor do *website* deve manter acessível o seu endereço de *e-mail*.
7. Transparência do patrocínio: identificar claramente as organizações comerciais e não comerciais que tenham contribuído para o *website* mediante financiamento, serviços ou material.
8. Honestidade da publicidade e da política editorial: se houver publicidade, esse material deve ser claramente diferenciado do material original produzido pelos autores do *website*.

Percebe-se um aumento na criação de *websites* como estratégia educacional na área de saúde, e todos eles demonstram a necessidade de avaliação da sua qualidade por profissionais de saúde e pelos utilizadores do *website*. A importância do processo de validação de um *website* está em oferecer aos utilizadores um instrumento de qualidade com comprovação científica.

A validação por meio de especialistas é um recurso útil ao se considerar que no Brasil ainda não existem métodos ou sistemas oficiais que controlem ou revisem a qualidade da

informação de saúde na *World Wide Web* (ALVES, 2006). Analisando-se os tipos de instrumentos utilizados para avaliação de *websites*, observa-se que não existe padrão específico. Estudos utilizaram diferentes instrumentos com adaptações sugeridas pelos autores (MARQUES; MARIN, 2002; FONSECA, 2008; BARBOSA; MARIN, 2009; MORI, 2010; FERECINI, 2011; GOÉS 2011; FROTA et al., 2013; LINS; MARIN, 2012).

Todo o processo de construção e validação de *website* com informações de saúde deve ter como meta o fornecimento de uma ferramenta para estratégia de educação em saúde, cujo objetivo maior seja propiciar a promoção da saúde, como defendido pela PNPS através da utilização de estratégias inovadoras, às quais devem ser difundidas no âmbito da saúde (BRASIL, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Estudo metodológico que tem a finalidade de desenvolver e validar ferramenta e métodos de obtenção, organização ou análise de dados (POLIT, 2011). Nesse tipo de estudo, não há hipóteses ou variáveis; o objetivo é descrever fenômenos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001). O estudo foi realizado em duas fases, iniciando com o processo de construção do *website* sobre cuidados com o prematuro para orientação à família e posteriormente com a validação de conteúdo do *website* por enfermeiros.

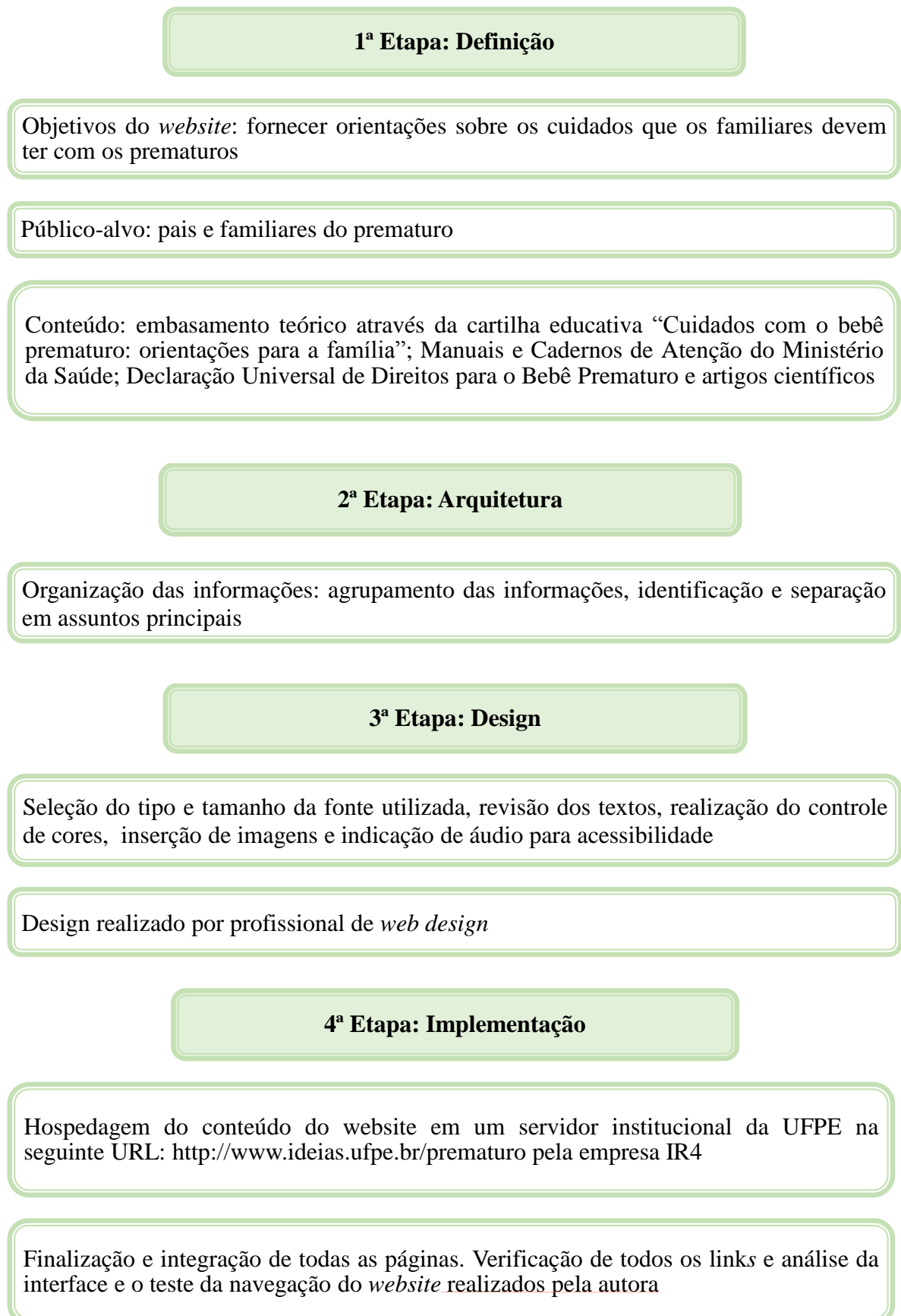
A validade de conteúdo indica em que medida o instrumento possui uma amostra apropriada de itens para medir o universo de conteúdo. Baseia-se em um julgamento por um grupo de especialistas independentes (POLIT, 2011). Para a análise dos especialistas recomenda-se considerar a experiência e a qualificação (SAMPIERI, 2013).

3.2 Construção e desenvolvimento do *website*

Para a construção do *website*, é necessária uma metodologia que possibilite o acesso às informações organizadas de maneira a atender diferentes solicitações dos utilizadores, sendo essa metodologia um conjunto de normas, procedimentos, técnicas e ferramentas de análise que definem o padrão desejado para o desenvolvimento de sistemas ou aplicações educacionais (FALKEMBACH, 2005).

Para este estudo foi utilizada a Metodologia DADI, composta por quatro etapas: definição, arquitetura, design e implementação, permitindo uma melhor organização quanto à divisão de trabalho, à reunião de informações, à escolha do *layout* e à implementação da programação. A representação das etapas dessa metodologia está descrita na figura 2 (VICENTINI; MILECK, 2000).

Figura 2 – Representação gráfica das etapas de construção e desenvolvimento do *website*



Na primeira etapa da construção do *website*, houve a definição dos objetivos, do público-alvo e do conteúdo a ser contemplado no *website*. Os objetivos traçados para o *website* educativo foram: fornecer orientações sobre os cuidados que os familiares devem ter com os prematuros; aumentar o conhecimento dos familiares sobre o que é ser prematuro e dos cuidados que poderão ser desenvolvidos no hospital; e promover o aprendizado sobre os cuidados com o prematuro no domicílio.

Na caracterização do público-alvo, apenas foi possível a análise dos dados maternos acerca da escolaridade e faixa etária através da consulta aos dados disponíveis do ano de 2010 pelo SINASC. Analisando a escolaridade das mães dos RNPT através de dados do SINASC do ano de 2010, a maioria possuía mais de 4 anos de estudo, um percentual de 21,7%, sendo 7,7% com mais de 12 anos de estudo. O grupo de mães com escolaridade de 1-3 anos de estudo foi de 5,9%, já sem escolaridade apresentou um percentual de 7,1%. Em relação à idade materna, no ano de 2010, observa-se uma maior prevalência de mães de prematuros em menores de 15 anos, 10,8% e em mulheres acima de 35 anos, 9%. A porcentagem entre 15-19 anos foi de 7,4% e, entre 20-34 anos, de 6,7% (BRASIL, 2013).

A visita a alguns *websites* já disponíveis e abordando a mesma temática mostrou, por meio da observação empírica, a presença de excesso de conteúdo e de propagandas por páginas. Sendo assim, o cenário analisado é composto por diversos *websites* escritos em língua portuguesa, mas que não passaram por um processo de validação.

O principal embasamento teórico do conteúdo do *website* se deu por meio da 4ª edição da cartilha educativa “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”, de autoria da Prof.^a Dra. Luciana Mara Monti Fonseca (2012). Para a construção do *website*, também foram utilizados cinco manuais do Ministério da Saúde: Banco de leite humano (BRASIL, 2008a); Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, Método Canguru (BRASIL, 2011a); e os volumes 1, 3 e 4 dos Guias de Atenção à saúde do recém-nascido (BRASIL, 2011e, 2011f, 2012c).

O conteúdo da Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro foi colocado na íntegra na página 4 do *website* (TAVARES, 2009), e alguns artigos foram utilizados como fontes de dados (BOTELHO, 2012; CARVALHO, 2015; FERREIRA, 2013; VASCONCELOS; FERREIRA; SCOCHI, 2008).

Na segunda etapa da construção e desenvolvimento do *website*, denominada arquitetura, foi realizada a organização das informações de acordo com a sua importância e hierarquia. A estrutura do *website* deve distinguir suas áreas principais e secundárias, com o objetivo de orientar a navegação do utilizador pelas telas do *website* (RAMOS, 2008). Na

arquitetura da informação, houve o agrupamento das informações, identificação e separação em assuntos principais: “sobre o *website*”; “o bebê prematuro”; “os cuidados”, divididos didaticamente em “cuidados hospitalares” e “cuidados domiciliares”; as “perguntas frequentes”; “grupos de apoio”; e “contato”. O total de páginas desenvolvidas para a apresentação do conteúdo abordado foi de 15 páginas.

A página 1 do *website*, denominada “Início”, é constituída por três partes: a primeira, área superior contendo o *banner* personalizado, englobando a logomarca e o menu superior com seis opções de menu. A segunda parte se encontra no centro da página, contém o conteúdo do menu e *links* no título ou no “saiba mais”, utilizado para o carregamento das páginas. A última parte é o rodapé com quatro *links* no canto inferior à esquerda: “Página inicial”; “Sobre nós”; “Referências”; e “Contato”. No canto inferior à direita encontram-se quatro imagens com *link* para as instituições que apoiaram o projeto. No centro do rodapé, estão os direitos reservados. As três partes da página 1, “Início”, do *website* estão descritas na Figura 3.

Figura 3 – Descrição da página 1 do *website* “Início”



Fonte: autor, 2016

Considerando a proposta de modelo de arquitetura da informação para *websites* educacionais indicada por Carvalho (2006), buscou-se contemplar as seguintes questões na organização e estruturação do *website* sobre cuidados com o prematuro:

1. Usabilidade (facilidade de uso e de aprendizagem);
2. Estrutura (itens de menu sempre visíveis);
3. Navegação e orientação (trajeto exploratório, no qual o utilizador irá descobrindo aos poucos as diversas informações contidas no *website* e utilização de marcadores para facilitar a localização);
4. Informação (temática, abordagem do assunto, correção do texto realizado por professor de português, citação das referências e autor);
5. Comunicação (apresentação do contato do autor para comunicação por meio de correio eletrônico).

O *design* foi realizado na terceira etapa de construção e desenvolvimento do *website* e compreende a interface do *website*, na qual foram selecionados o tipo e o tamanho da fonte que será utilizada, revisados os textos, realizado o controle de cores, a inserção de imagens e a indicação de áudio para acessibilidade.

A proposta gráfica do *website* foi apresentada por um *designer*. O hipertexto virtual foi aplicado em tipografia não serifada, usando a fonte *tahoma* entre 10 e 12 pontos, adequada à mensagem transmitida. Os textos foram justificados, evitando-se o uso de letras maiúsculas, que dificultam a leitura do utilizador. Na redação buscou-se não apresentar textos demasiadamente extensos. Foram utilizadas as cores em contraste com o fundo (fundo branco com textos em preto).

Um elemento de grande importância para a comunicabilidade de um *website* é a cor, pois ela influencia na estética da página virtual. Para a moldura da página, foram escolhidas as cores verde, azul e branca, as quais têm as seguintes associações positivas: verde (natureza, fertilidade, simpatia, prosperidade, esperança, vida); azul (céu, águas calmas, devoção, inocência, verdade); branca (dia, inocência, pureza, perfeição, retidão, sabedoria, verdade) (FARINA, 2002). A moldura apresenta a mesma cor em todas as páginas.

Todas as imagens utilizadas foram no formato *Portable Network Graphics* (PNG) e *Joint Photographic Experts Group* (JPEG). O primeiro formato proporciona uma maior gama de profundidade de cores, alta compressão e fundos de imagem transparentes. Já o segundo proporciona um padrão de compressão de imagens, sem comprometer sua qualidade, mas mantém o fundo da imagem na cor branca (MCCLURG-GENEVESE, 2005).

As imagens foram obtidas por meio de busca na *internet*, sendo captadas mediante ferramentas de pesquisa com o uso do filtro "marcadas para reutilização". A única imagem que sofreu alterações foi a do *banner* principal, na qual foi retirado o monitoramento presente, passando a imagem de um RNPT saudável, conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Ilustração do banner principal do *website* antes e após as alterações

Imagem original



Imagem alterada



Fonte: autor, 2016

Para a inserção das imagens, foi utilizado o recurso do próprio editor, sendo incluídas juntamente com os textos a que elas faziam referência, por exemplo, os equipamentos presentes e utilizados na UTIN para a assistência ao prematuro e os cuidados domiciliares com ilustrações de banho e amamentação.

As imagens foram utilizadas com o objetivo de ampliar o significado do texto, mas também por levar em consideração a diversidade da escolaridade do público-alvo. Devido a esse fator, para facilitar o acesso às informações do *website* nas páginas que abordam os cuidados, existe a oferta do recurso de áudio, cujo acionamento se encontra no final da página. Nas páginas do *website* em que foi utilizada a ferramenta de áudio, também se buscou tornar o conteúdo do *website* acessível às pessoas com problemas de visão.

Ao finalizar essa etapa, o profissional de *design* apresentou um protótipo do *website* contendo esses elementos de *design* e um primeiro nível de navegação para a avaliação pela

autora. Os *hyperlinks* principais de navegação (*links* de navegação estrutural) foram criados, aplicados com adição da cor (verde) e do sublinhado. O botão clicado permanece na cor escura, lembrando ao utilizador a sua localização no *site*. *Links* de hipertexto foram utilizados na forma de palavras-chaves, ícones ou “Saiba mais”, direcionando o utilizador aos conteúdos do *website*. O ícone funciona como recurso alternativo à barra de menu. Na Figura 5 está descrita a navegação na página 1, “Início”, do *website*.

Ao acessar as páginas do *website*, o utilizador, além de continuar com a opção do menu superior, terá acesso ao “Menu Principal” como uma segunda opção de navegação mediante *sublinks* laterais à esquerda, e, no canto superior direito da tela, são oferecidas as opções de imprimir a página e de enviar o conteúdo por *e-mail*, como descrito na Figura 6.

Figura 5 – Navegação na página 1 do *website* “Início”



Fonte: autor, 2016

Figura 6 – Representação da navegação na página 2 do *website* “Sobre este site”



Fonte: autor, 2016

Após a aprovação, seguiu-se para a quarta etapa de criação e desenvolvimento do *website*, a implementação do *website*. De acordo com Falkembach (2005), nessa etapa é preciso verificar exaustivamente os textos para que não haja erro conceitual nem gramatical. Também é necessário integrar todas as mídias em uma estrutura interativa permitindo uma navegação lógica e intuitiva.

Na etapa de implementação, o conteúdo do *website* foi hospedado em um servidor institucional da UFPE na seguinte URL: <http://www.ideias.ufpe.br/prematuro>. Esse processo foi realizado pela empresa IR4. Logo após ocorreram a finalização e a integração de todas as páginas, a verificação de todos os *links*, a análise da interface e o teste final da navegação do *website*.

3.3 Processo de validação do *website* sobre cuidados com o prematuro

Para o estudo foi realizada a validação de conteúdo do *website* por meio de um instrumento baseado em julgamento que busca medir a concordância entre os avaliadores (POLIT; BECK, 2011). A validação do conteúdo foi realizada por enfermeiros expertises na área que atenderam aos seguintes critérios: ser enfermeiro, possuir experiência mínima de cinco anos no cuidado ao prematuro e pertencer a uma instituição reconhecida na área de saúde. Para a seleção foi adotado o sistema de classificação proposto por Joventino (2010), adaptado de Fehring (1987). Para participar do estudo, os profissionais tiveram que obter uma pontuação mínima de cinco pontos, conforme os critérios descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Critérios de seleção para os especialistas. Recife-PE, 2016

Critérios	Pontuação
Ser doutor	4
Possuir tese na área de saúde da criança	2
Ser mestre	3
Possuir dissertação na área de saúde da criança	2
Possuir artigo publicado em periódico indexado na área de saúde da criança	1
Possuir prática profissional (clínica, ensino ou pesquisa) recente de no mínimo 5 anos na UTIN, alojamento conjunto ou alojamento canguru	2
Ser especialista em saúde da criança	2

Fonte: Joventino (2010)

Para esse tipo de validação, é recomendado o número de seis a dez especialistas (POLIT; BECK, 2006). A amostra de conveniência é realizada de acordo com o julgamento

do pesquisador e amplamente utilizada quando se quer avaliar a opinião de grupos específicos sobre determinado problema ou hipótese, segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001). Nesse caso foi realizada a busca ativa aos enfermeiros com experiência no cuidado ao prematuro nas maternidades da Região Metropolitana de Recife (RMR), nos setores de UTIN, UCIN e no alojamento canguru, sendo também localizado o *e-mail* de pesquisadores por intermédio de seus trabalhos científicos abordando o tema da prematuridade. Os contatos realizados via e-mail recebiam um convite para participação da pesquisa conforme o texto disposto no Apêndice A e anexo ao e-mail seguia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice B.

Após o primeiro contato com os profissionais, presencialmente, por telefone ou por e-mail, foi solicitado que eles indicassem e fornecessem o telefone e/ou o *e-mail* de outros enfermeiros para a participação da pesquisa, sendo utilizada, dessa forma, a amostragem por bola de neve, este tipo de amostragem segundo LoBiondo-Wood e Haber (2001) é uma estratégia utilizada para localizar amostras difíceis de serem encontradas de outras maneiras.

3.3.1 *Instrumento de avaliação*

O instrumento de coleta de dados (Apêndice C) foi adaptado daquele desenvolvido e validado por Marques e Marin (2002) em estudo realizado no Brasil, o qual também foi utilizado por Lins e Marin (2012). O instrumento para coleta de dados foi estruturado em duas partes: a primeira com dados de caracterização do avaliador, idade, sexo, procedência, experiência profissional e tempo de profissão, maior titulação e produção de trabalhos científicos. A segunda parte contempla 28 questões para a avaliação do *website* relacionadas à autoridade, conteúdo geral, apresentação, confiabilidade das informações e didática. Esse último critério foi acrescentado pela necessidade de avaliar os objetivos didáticos do *website* em relação ao seu público-alvo.

Para a mensuração de cada questão da avaliação, foi utilizada escala de medida Likert pela possibilidade de reconhecer a oposição entre os contrários, o gradiente e situações intermediárias. A escala Likert é uma escala psicométrica das mais conhecidas e utilizadas em pesquisa quantitativa, já que pretende registrar o nível de concordância ou discordância com uma declaração dada (PARO, 2012).

O intervalo considerado na escala de cada questão da avaliação foi de cinco a um. De acordo com o critério de avaliação, os conceitos referentes à escala variaram, conforme descrição: concordo totalmente (5), concordo parcialmente (4), não concordo nem discordo

(3), discordo parcialmente (2) e discordo totalmente (1). Ao final do instrumento, foram incluídas quatro questões, para que os enfermeiros pudessem redigir sua opinião, sugestões e comentários a respeito do *website*. Essas questões abertas foram baseadas no estudo de Ferecini (2011).

3.3.2 Procedimento para a coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, de acordo com a Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisa com seres humanos.

O primeiro contato para participação da avaliação do *website* foi realizado de três formas: pessoalmente, nas unidades de saúde da Região Metropolitana de Recife (RMR); por telefone; e por *e-mail* identificado em artigos sobre prematuridade. O convite foi encaminhado a 90 profissionais e, na oportunidade, houve a apresentação formal da mestranda e do programa de pós-graduação de que faz parte. Foram explicados os objetivos e como seria a participação no estudo.

Durante a visita às maternidades da RMR, após a obtenção da resposta favorável à participação no estudo, procedeu-se à leitura e à assinatura do TCLE (Apêndice B), ao fornecimento dos impressos de avaliação, além de o profissional receber nesse momento as orientações de seu preenchimento e o esclarecimento de suas possíveis dúvidas. Foi disponibilizado aos profissionais que desejaram realizar, no momento da visita, a avaliação do *website* um *notebook* com acesso à *internet*. Para os enfermeiros que preferiram levar o instrumento e devolver em outro encontro, marcado mediante contato telefônico ou por *e-mail*, foi acertado o prazo de dez dias para a devolução do instrumento respondido e foi fornecido o endereço do *website*. Também foi oferecida a opção de participar da pesquisa em modo *on-line*; para isso foi preciso solicitar o endereço de *e-mail* do enfermeiro para o envio do *link* com o instrumento e o *link* do *website*.

Para os enfermeiros contatados por telefone residentes na RMR, foi dada a opção de participação *on-line*, sendo necessários o endereço de *e-mail* para que fosse enviado o TCLE, o *link* do instrumento para ser respondido *on-line* e o *link* do *website*, tendo o prazo de dez dias para responder e enviar o TCLE assinado para o *e-mail* da responsável pela pesquisa. Quando possível, agendou-se um encontro entre a mestranda e o profissional para a assinatura do TCLE, a entrega do instrumento de avaliação, a realização das orientações de seu

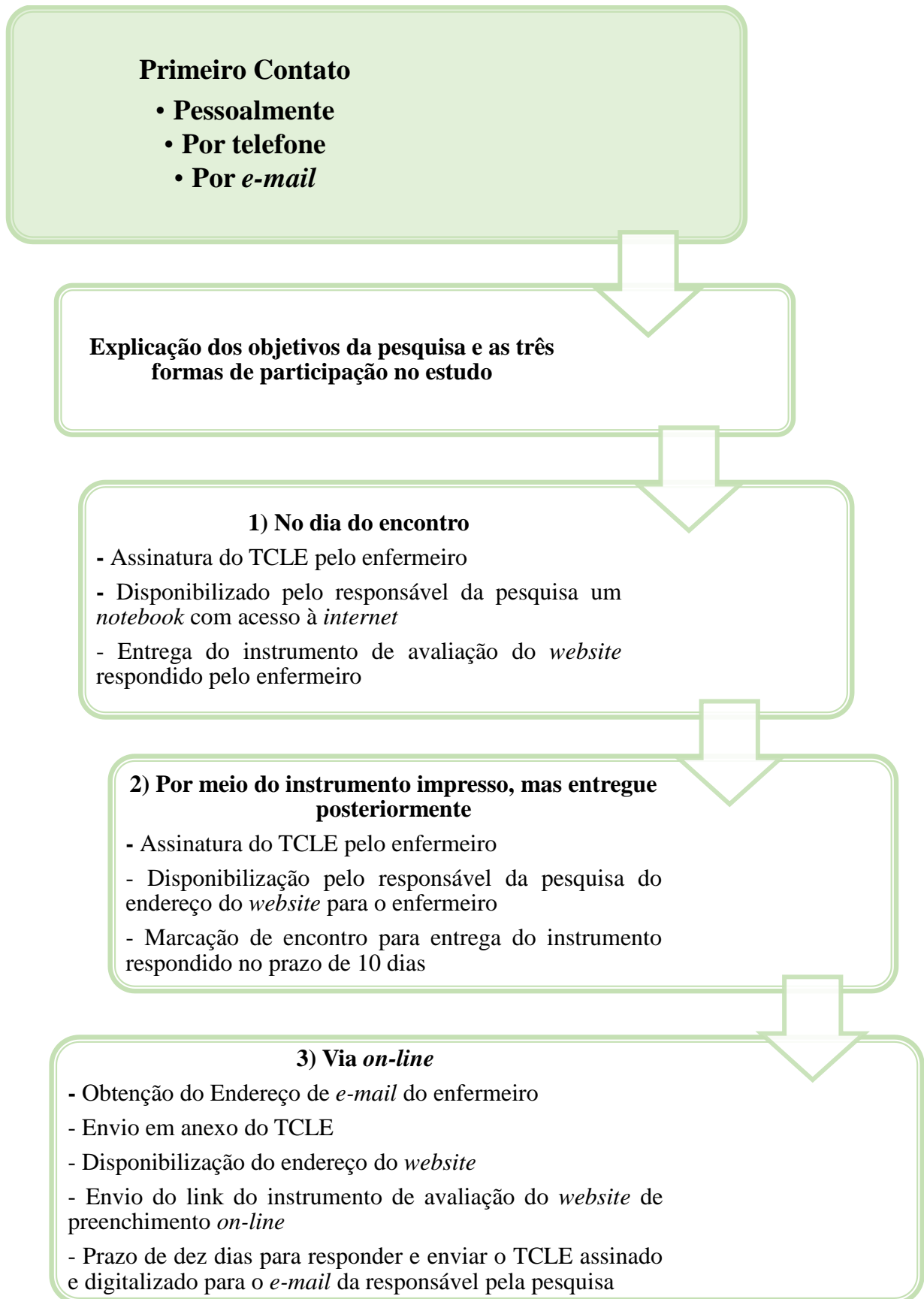
preenchimento e o esclarecimento de suas possíveis dúvidas. Nesse encontro poderia ser respondido o instrumento, sendo disponibilizado um *notebook* com acesso à *internet* e, nos casos dos enfermeiros que preferiram responder em outro momento, foi disponibilizado o endereço do *website* e marcada por telefone ou por *e-mail* a devolução após um prazo de dez dias.

No caso dos enfermeiros que residiam em cidades distantes de Recife, a coleta de dados ocorreu por meio eletrônico, sendo disponibilizados o endereço do *website* e o instrumento de avaliação do *website*, de preenchimento *on-line*. O TCLE foi enviado em anexo para o conhecimento e a melhor compreensão do participante da pesquisa, sendo solicitado que, após a assinatura, o documento fosse digitalizado e enviado por *e-mail*. O prazo foi de dez dias após o recebimento do *e-mail* para responder e enviar o TCLE assinado para o *e-mail* da responsável pela pesquisa.

No recrutamento 44 enfermeiros expressaram interesse em participar da avaliação do *website* sobre cuidados com o prematuro. Houve a exclusão de oito enfermeiros devido a possuírem menos de cinco anos de experiência no cuidado ao prematuro e a perda de dois avaliadores por não terem devolvido o instrumento respondido. Participaram da pesquisa 34 enfermeiros, os quais atenderam aos critérios de inclusão do estudo e responderam com assinatura do TCLE.

Os dados foram coletados no período de 03 a 17 de março de 2016. Para facilitar o entendimento das etapas do procedimento para coleta de dados, segue abaixo a sua representação gráfica na Figura 7.

Figura 7 – Procedimento para coleta de dados



3.3.3 Análise dos dados

Os dados relacionados à caracterização da amostra e ao processo de avaliação do *website* foram submetidos à estatística descritiva, calculados a média e o desvio-padrão, valores mínimo e máximo, utilizando-se frequência simples em valores absolutos e relativos (%), inseridos em planilha eletrônica (Excel 2010®), validados por dupla digitação.

Os resultados dos conceitos obtidos (concordo totalmente, concordo parcialmente, nem concordo nem discordo, discordo parcialmente e discordo totalmente) em cada item do instrumento foram apresentados em frequência absoluta e relativa, e realizado o índice de concordância (IC) calculado a partir da fórmula $IC = NC / (NC + ND)$, sendo NC, número de concordâncias em relação à alternativa da escala Likert “4-concordo parcialmente ou 5-concordo totalmente” e ND, número de discordâncias. O item foi considerado adequado quando o IC atingiu no mínimo 0,80 (POLIT; BECK, 2006).

A validade de conteúdo refere-se à cobertura da área do conteúdo que está sendo medido com base em julgamento subjetivo. Os pesquisadores, para tornar a validade de conteúdo mais objetiva, geralmente calculam o Índice de Validade do Conteúdo (IVC), o qual é usado para quantificar a extensão da concordância entre os especialistas (POLIT, 2011).

Para analisar o grau de relevância, foi utilizado o IVC, podendo ser calculado pelas seguintes operações, segundo Polit (2011):

- 1) I-CVI (validade de conteúdo dos itens individuais - proporção de cada item classificado como 5-concordo parcialmente ou 4-concordo totalmente). Ou seja, para cada item, o I-CVI foi computado pelo número de enfermeiros que avaliaram o item como 5-concordo parcialmente ou 4-concordo totalmente.
- 2) S-CVI (validade de conteúdo da escala global).
 - a. S-CVI/Ave (média dos índices de validação de conteúdo I-CVIs para todos os itens da escala).
 - b. S-CVI/UA (proporção de itens classificados como concordo parcialmente ou concordo totalmente por todos os especialistas).

Um IVC de 0,90 é sugerido como padrão para estabelecer a excelência da validade de conteúdo. Os itens que alcançam I-CVI de, no mínimo, 0,8 entre os especialistas são considerados relevantes; já os com coeficiente inferior a 0,8 devem ser reformulados (POLIT; BECK, 2006).

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Esta pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa para estudos em humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, de acordo com a Resolução N°466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CAAE: 14877613.0.0000.5208), que versa sobre pesquisa com seres humanos. Para se definir os direitos e deveres do pesquisador e dos sujeitos participantes de um estudo, essa resolução leva em consideração os aspectos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça (BRASIL, 2012d).

Os enfermeiros foram convidados para a participação na pesquisa, informados sobre os objetivos do estudo e consentiram assinando o TCLE (Apêndice B), assegurando-se do anonimato e sigilo, bem como do direito de participar livremente deste estudo e de abandoná-lo, se assim acharem oportuno, em qualquer etapa da pesquisa sem qualquer ônus, bem como a autorização para divulgação dos resultados obtidos em eventos e publicações.

O estudo acarretou um mínimo risco de constrangimento, o qual foi amenizado com o preenchimento, de forma individual, do instrumento de coleta de dados e no horário conveniente para o especialista. Para os avaliadores possuiu como benefício sua autorreflexão profissional a respeito da forma de auxiliar os familiares no processo do cuidado ao prematuro. Após a avaliação do *website* e sua divulgação para o público-alvo, o estudo trará como benefício um veículo de transmissão de informação para auxiliar os familiares do prematuro no entendimento do processo do cuidado hospitalar e para desenvolver o cuidado ao prematuro no domicílio.

Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pasta de arquivos no computador pessoal da pesquisadora principal e sob a responsabilidade desta pelo período de cinco anos.

4 RESULTADOS

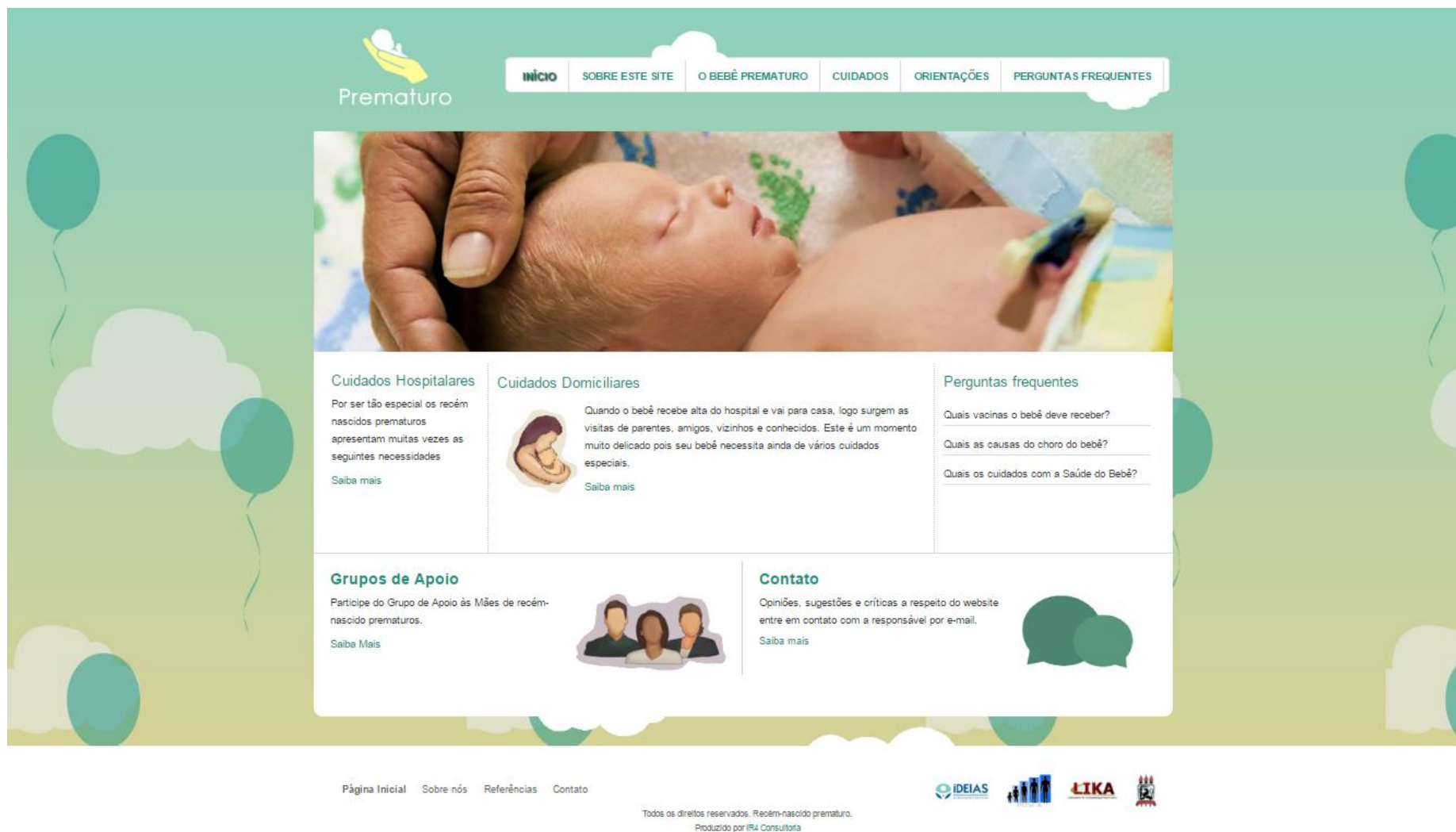
Como resultados deste estudo, serão apresentados o *website* desenvolvido sobre os cuidados com o prematuro e a avaliação do *website* pelos enfermeiros.

4.1 Construção e desenvolvimento do *website*

A construção do *website* durou em média quinze meses e teve um total de quinze páginas. Todas as páginas do *website* seguiram uma mesma padronização em relação às cores, à logomarca do *site*, ao menu, ao texto, ao tamanho e à cor da fonte como seu *layout*.

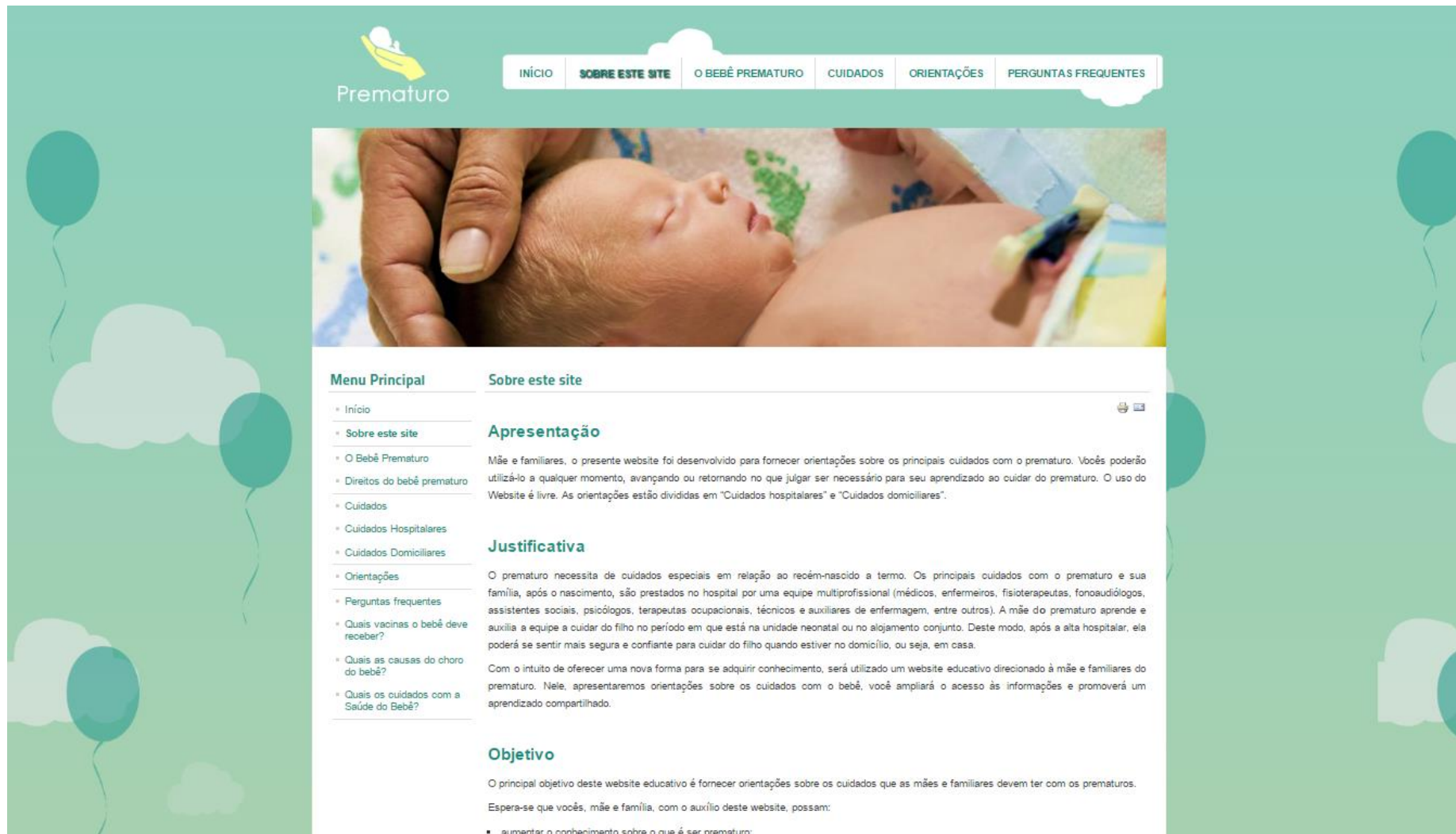
A página inicial (Figura 8) foi desenvolvida para despertar o interesse do utilizador e facilitar a navegação no *website*. A partir dessa página, é encontrado o menu superior fixo e organizado em seis grandes itens, que se traduzem em “botões” principais do *site*: “Início”, “Sobre este *site*”, “O bebê prematuro”, “Cuidados”, “Orientações” e “Perguntas frequentes”. A segunda página do *website*, definida como “Sobre este *site*”, inclui a apresentação, a justificativa, o objetivo, a realização e o apoio, contendo as pessoas e organizações que contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho, as referências utilizadas e o contato com a autora do *website* (Figura 9).

Figura 8 – Página 1 do *website* “Início”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016a)

Figura 9 – Página 2 do *website* “Sobre este site”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016b)

Os próximos itens se referem especificamente ao conteúdo informativo do *website*. No item “O bebê prematuro”, os tópicos abordados estão em forma de perguntas e respostas e relacionam-se ao conhecimento da família sobre o nascimento prematuro, as características e suas necessidades especiais. O conteúdo está organizado em cinco subitens: “O que é ser prematuro?”, “Os bebês prematuros são todos iguais?”, “Por que um bebê nasce prematuro?”, “Como reconhecer um bebê prematuro?” e “Por que o bebê prematuro tem que ficar no hospital?” (Figura 10). No final dessa página, existe um *link* “saiba mais”, no qual o utilizador terá acesso ao conteúdo “Direitos do bebê prematuro” (Figura 11).

O primeiro subitem aborda a definição de prematuro de acordo com a idade gestacional, ou seja, o RN que nasce com menos de 37 semanas de gestação, segundo o CID-10 (OMS, 2008). O segundo subitem tem o intuito de levar o utilizador do *website* a conhecer que existem diferenças entre os prematuros de acordo com o grau de prematuridade.

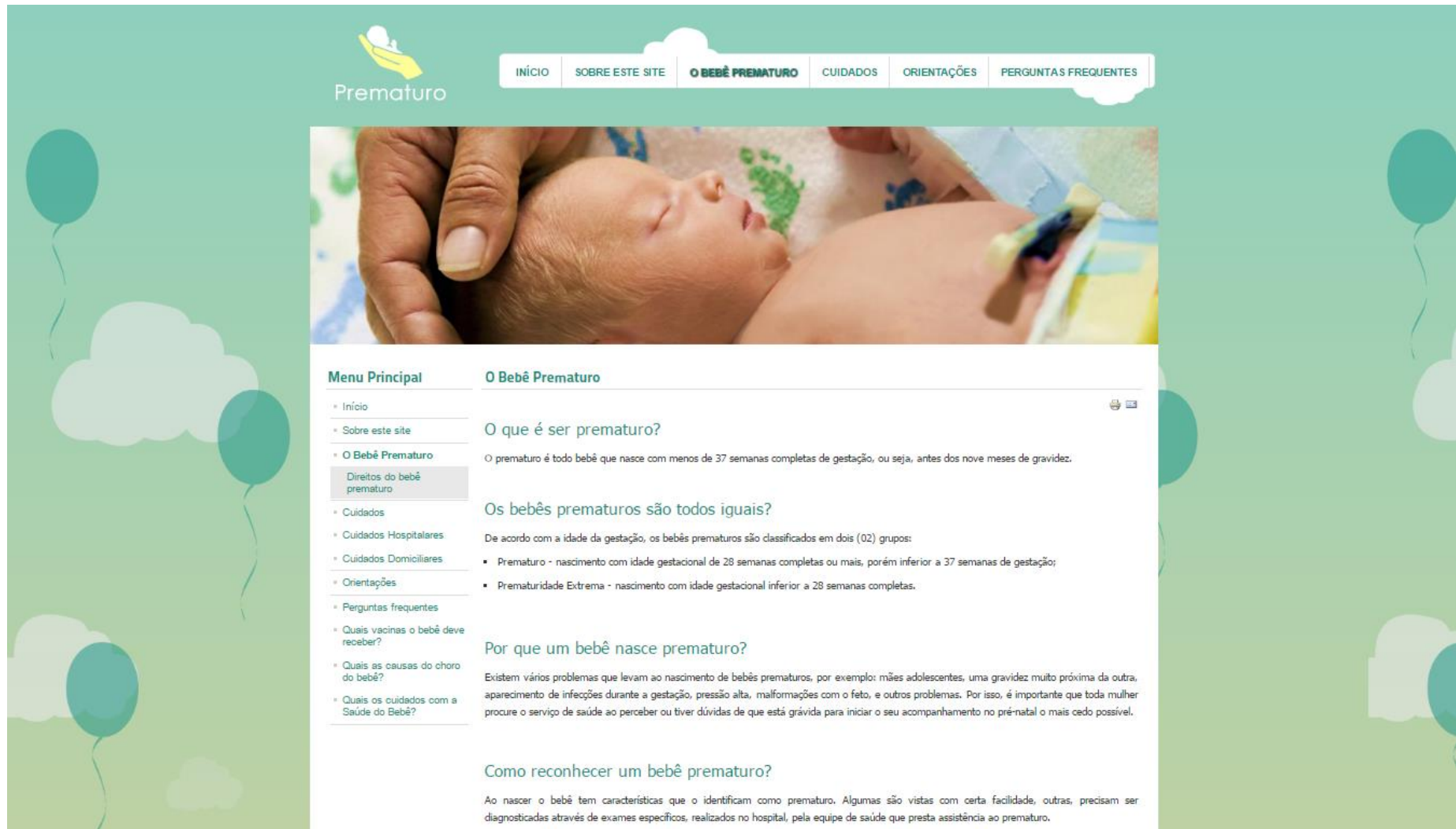
No subitem “Por que um bebê nasce prematuro?” são exemplificados os principais fatores associados, como pouca idade materna, infecções, elevação da pressão arterial, malformação. No final desse conteúdo foi enfatizada a importância da realização do pré-natal para o diagnóstico precoce e tratamento de qualquer alteração durante a gestação.

O quarto subitem “Como reconhecer um bebê prematuro?” traz características do RNPT, as quais são: pouca gordura, a pele que parece sobrar sobre os ossos é fina e brilhante; Veias bem visíveis; Cabeça grande que parece ser maior do que o resto do corpo; Orelhas moles; Unhas quase ausentes; Atividade do corpo diminuída, adotando uma posição largada na incubadora ou no berço; Sucção e deglutição ausentes ou fracas.

A resposta ao quinto subitem “Por que o bebê prematuro tem que ficar no hospital?” foi baseada no 4º volume do Guia de Atenção à saúde do recém-nascido: Cuidados com o recém-nascido pré-termo, abordando a importância dos primeiros cuidados para a sobrevivência e monitoramento da saúde do RNPT, principalmente relacionada a assistência a respiração e o controle da temperatura (BRASIL, 2012c). Também é colocado que no hospital o familiar já ajuda a cuidar do RN e aprende como cuidará dele no domicílio.

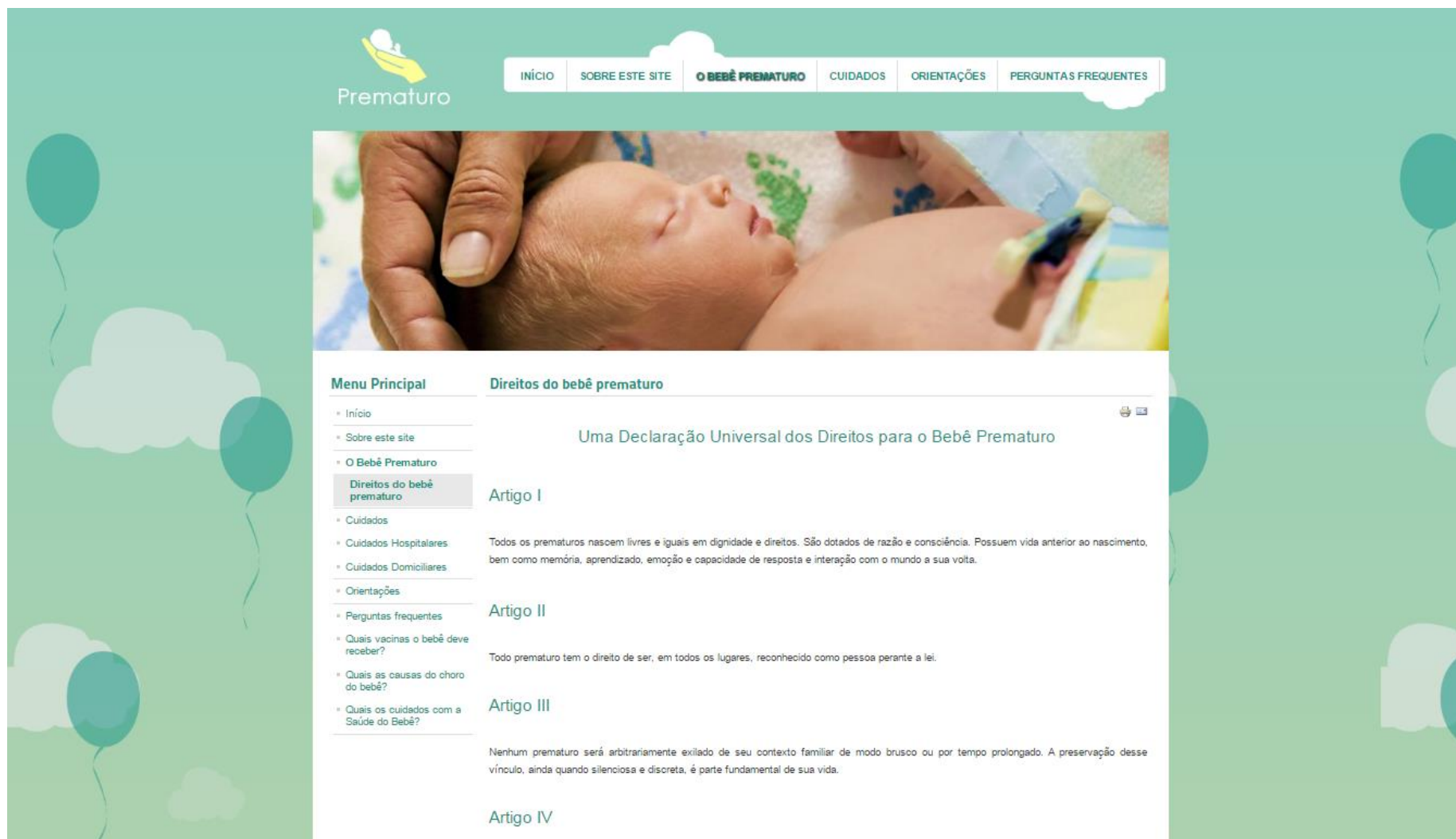
Foi disponibilizado um *link* na Página 3 do *website* “O bebê prematuro” para acesso ao conteúdo referente aos “Direitos Universais do Bebê Prematuro” com o intuito de informar para promoção do empoderamento dos familiares (TAVARES, 2009).

Figura 10 – Página 3 do *website* “O bebê prematuro”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016c)

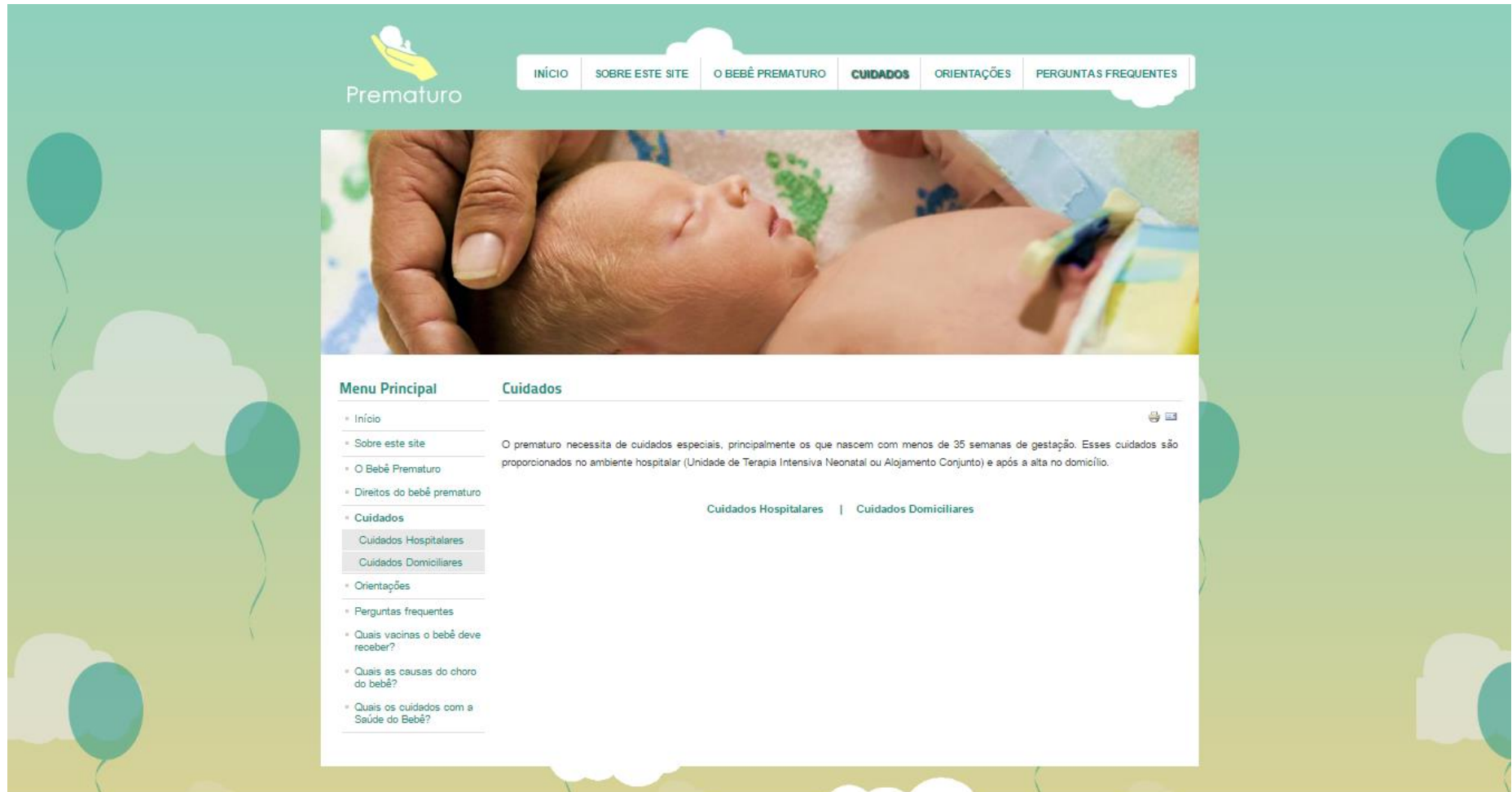
Figura 11 – Página 4 do *website* “Direitos do bebê prematuro”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016d)

O tópico “Cuidados” (Figura 12) está subdividido em “Cuidados hospitalares” e “Cuidados domiciliares”.

Figura 12 – Página 5 do *website* “Cuidados”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016e)

O conteúdo acerca das necessidades do prematuro e os cuidados prestados na UTIN, na UCIN e no alojamento conjunto tiveram como embasamento teórico o Caderno de Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, Método Canguru (BRASIL, 2011a); e os volumes 1, 3 e 4 dos Guias de Atenção à saúde do recém-nascido (BRASIL, 2011e, 2011f, 2012c).

Na Página 6 do *website* “Cuidados hospitalares” foram abordados os seguintes subitens: “Medidas de higiene”, “Berço Aquecido”, “Incubadora”, “Bomba de infusão”, “Monitor cardíaco”, “Suporte Respiratório”, “Fototerapia”, “Alimentação” e “Banco de Leite Humano” (Figura 13).

No primeiro subitem “Medidas de higiene” foram realizadas orientações acerca da lavagem das mãos na UTIN, antes de entrar em contato com o RNPT, mesmo se não for tocar, com o objetivo de prevenir infecções no prematuro.

Quanto aos subitens seguintes foram apresentados os principais equipamentos presentes na UTIN e descritas suas funções para a assistência do RNPT como: manter a temperatura, proteger, controlar os medicamentos administrados, monitorizar os sinais vitais e oferecer oxigênio.

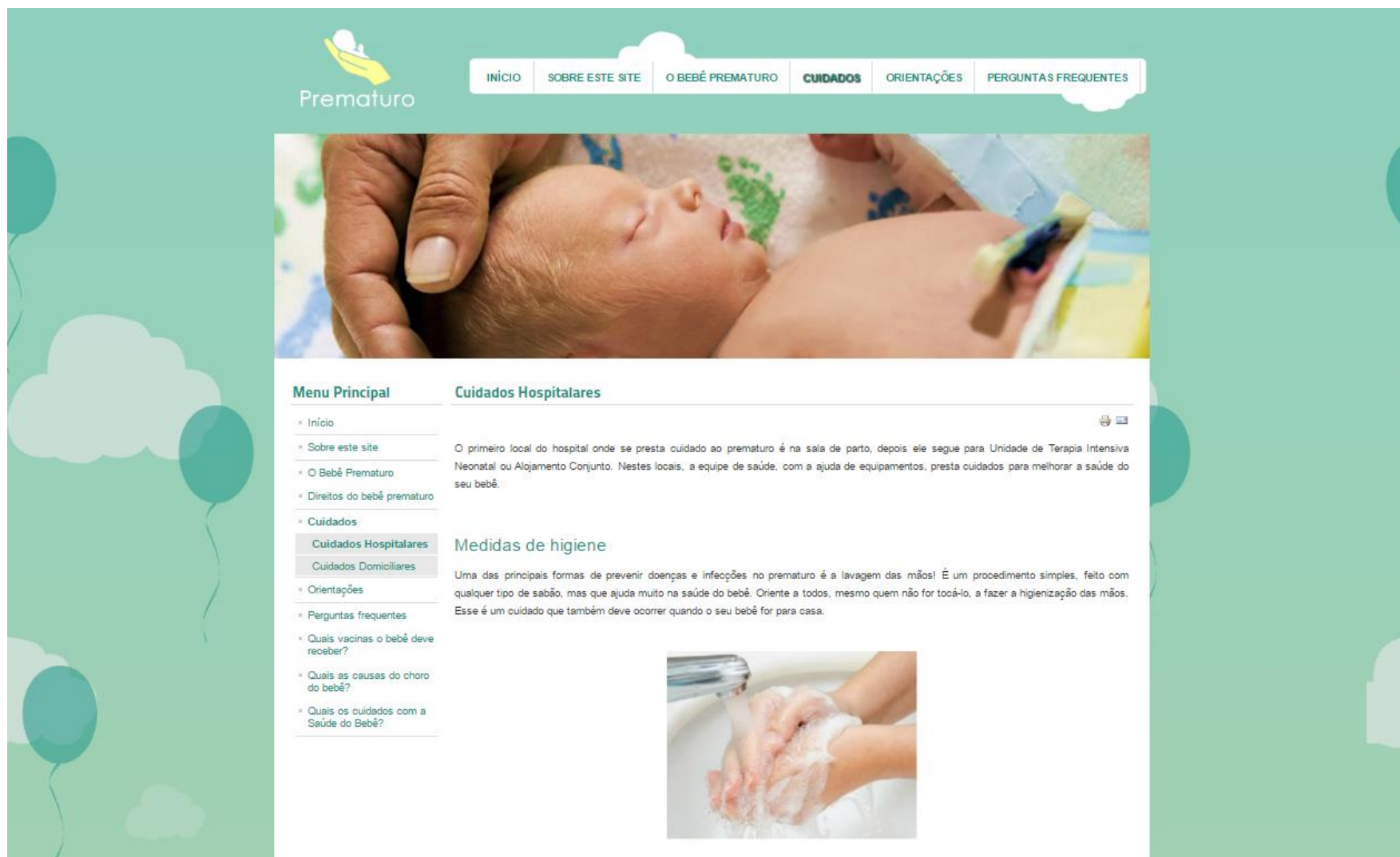
O subitem fototerapia foi incluído devido muitos RNPTs pela imaturidade hepática necessitarem dessa terapia, sendo explicado no *website* que esse tratamento é realizado quando a pele do bebê está amarela e que no momento que o RNPT estiver realizando a fototerapia é necessário o uso de uma máscara para proteção dos olhos.

Sobre alimentação as informações contemplaram o incentivo à oferta do leite materno, sendo abordados sua importância e benefícios para o RNPT e a prática da ordenha enquanto não for estabelecido aleitamento materno direto no peito da mãe. Acerca do início da alimentação do prematuro foi explicado que pode ocorrer pela nutrição parenteral ou pela sonda gástrica.

No subitem BLH as informações fornecidas tiveram como objetivo explicar que existe um controle de qualidade do leite ofertado pelos BLHs e que nesse local existem profissionais capacitados para auxiliar a mãe e os familiares na prática da amamentação.

O último subitem do tópico “Cuidados Hospitalares”, aborda os aspectos do “Método Canguru ou Contato pele-a-pele” descrevendo seus benefícios, a forma de realizá-lo e que este é um cuidado que qualquer familiar, não apenas os pais, pode estar promovendo, o qual pode ser continuado no domicílio (BRASIL, 2011a, 2012c).

Figura 13 – Página 6 do *website* “Cuidados hospitalares”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016f)

Considerando que, após um variado período de internamento, o prematuro receberá alta hospitalar, na sequência são abordados os “Cuidados domiciliares”, os quais foram balizados pela cartilha educativa “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”, de autoria da Prof.^a Dra. Luciana Mara Monti Fonseca (2012).

O conteúdo dessa página teve como introdução orientações para o recebimento de visitas no domicílio; logo, os seguintes assuntos são contemplados: “Prevenir infecções”, “Lavagem das roupas”, “Banho de sol”, “Troca de fraldas”, “Higiene corporal”, “Cuidados com a pele”, “Alimentação”, “Amamentação”, “Sinais de que o bebê está satisfeito e sendo alimentado adequadamente”, “Atenção durante e após a amamentação” e “Sono” (Figura 14).

As medidas de prevenção de infecções foram reforçadas através de orientações sobre higiene, preferência por ambientes arejados e vacinação. O subitem “Lavagem das roupas” tem como principal objetivo fornecer informações para evitar alergia aos produtos utilizados na roupa ao lavar, portanto é indicado o uso de sabão neutro ou de coco.

O subitem “Banho de sol” foi incluindo no *website* devido ser um cuidado importante para o controle da icterícia e também para a absorção da vitamina D, contendo orientações de como proceder a exposição e dos horários corretos para que o corpo do RNPT seja exposto ao sol, sendo no período da manhã até às 08:00 horas e à tarde a partir das 16:00 horas.

O ensino da “Troca de fraldas” visou principalmente à prevenção de assaduras e propiciar segurança ao familiar para realizar esse procedimento. No subitem “Higiene corporal” foram abordados os aspectos referentes ao toque, ambiente para realização do banho e todo o passo-a-passo para sua realização. Utilizando alguns artigos científicos foi contemplado no subitem “Cuidados com a pele” a importância de aplicar sobre a pele do RNPT apenas produtos indicados por profissionais de saúde (CARVALHO, 2015; FERREIRA, 2013).

Sobre o subitem “Alimentação” foram apresentadas algumas particularidades do RNPT como uma maior necessidade calórica do que outros RN e a questão da sonolência. Em relação à frequência das mamadas foi explicada a livre demanda e a importância de esvaziar bem a mama. Ainda nesse subitem foi contemplado o conteúdo acerca dos benefícios do leite materno e do ato de amamentar.

A recomendação do aleitamento materno tem sido defendida com base nas propriedades imunológicas do leite humano, por diminuir a incidência de infecções e de nova hospitalização, pelo seu papel na maturação gastrointestinal, pela contribuição para boas condições nas funções respiratória, hepática e hemodinâmica, pela melhor coordenação

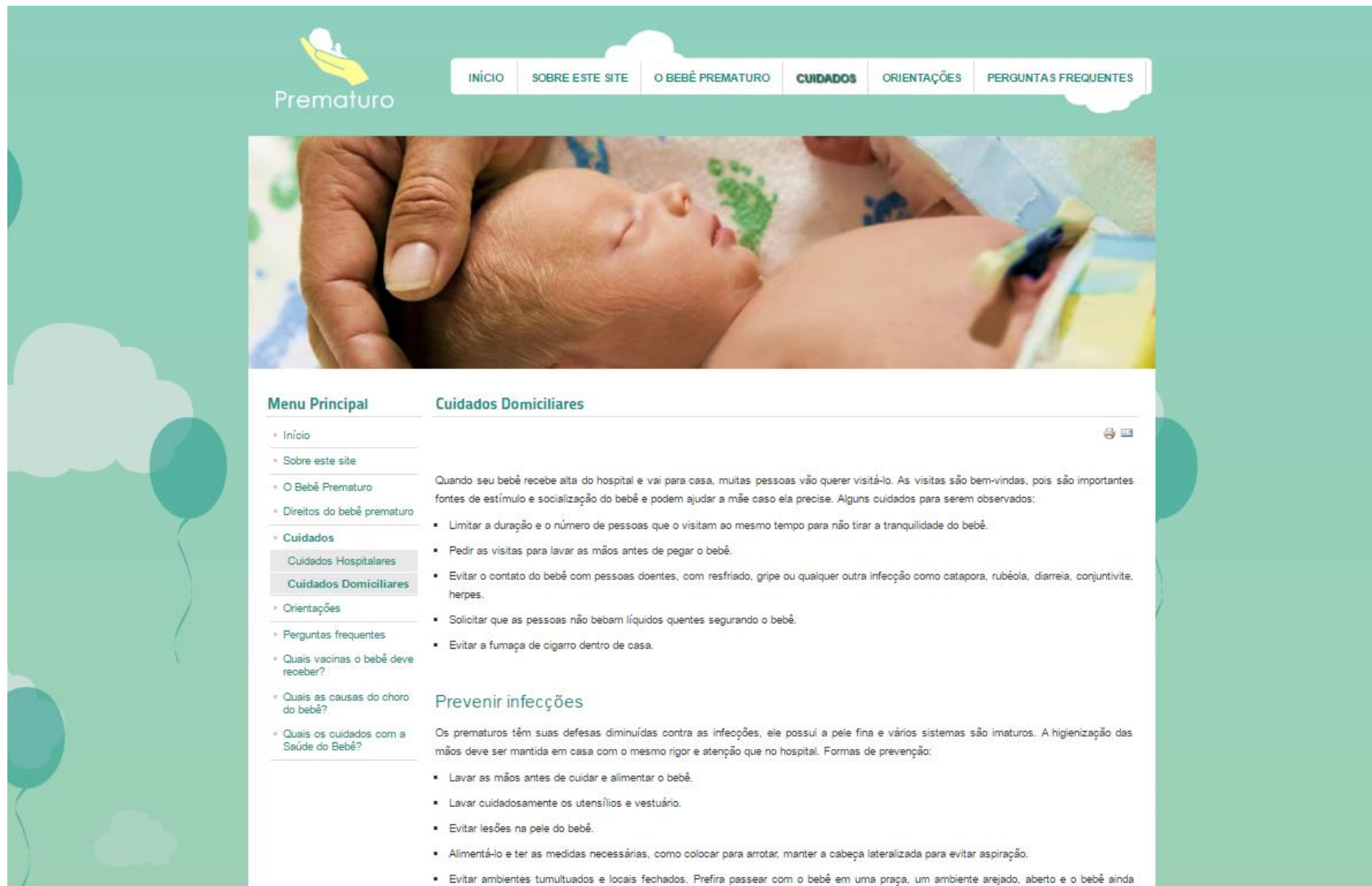
sucção-deglutição e por promover o vínculo afetivo entre mãe e filho (FONSECA et al. 2008; CZECHOWSKI; FUJINAGA, 2010).

O subitem “Amamentação” traz orientações específicas para o ato de amamentar, desde o posicionamento da mãe, a qual deve estar confortável e apoiada, como também a posição do RN e a pega correta da mama, evitando desconforto ou lesões no mamilo. O subitem “Sinais de que o bebê está satisfeito e sendo alimentado adequadamente” tem como objetivo esclarecer aos familiares que apenas a amamentação até os seis meses irá satisfazer as necessidades do RNPT através da abordagem de quatro sinais a serem observados: o som da deglutição, o sono, a urina e o ganho de peso dentro do esperado.

O conteúdo “Atenção durante e após a amamentação” compreende os fatores relacionados às especificidades do RNPT, explicando a necessidade que pode haver de interromper a alimentação para que ele descanse ou respire. O cuidado após a amamentação diz respeito à importância de estimular o RN a arrotar e diminuir o risco de regurgitação e aspiração.

No subitem que contempla o “Sono” do RNPT foi explicado que ele passará longos períodos dormindo nos primeiros meses e que isto é normal. Também foi abordado aspectos sobre o ambiente para promoção de um sono tranquilo, como o silêncio e a baixa iluminação. Além disso, foi desestimulado colocar o RNPT na cama dos pais para evitar o risco de machucá-lo.

Figura 14 – Página 7 do *website* “Cuidados domiciliares”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016g)

O *website* ainda traz uma página com “Orientações” (Figura 15) abordando alguns sinais de alerta sobre a saúde do bebê. Seu conteúdo teve como objetivo que os familiares conheçam os sinais de alerta quanto à saúde do prematuro, relacionados à coloração da pele, à respiração, à temperatura, entre outros, indicando a necessidade de procurar a unidade de saúde para avaliação e assistência.

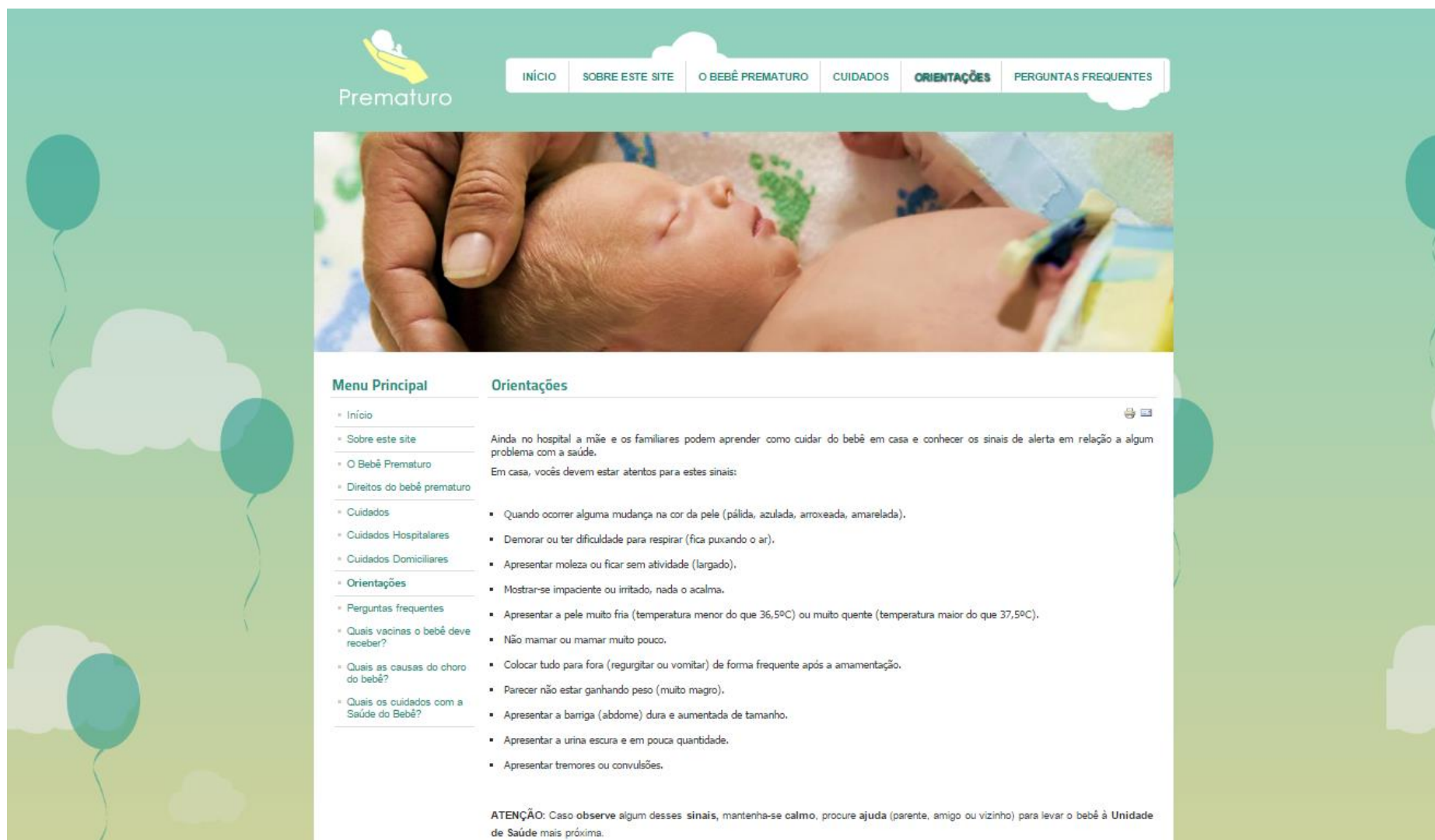
A página “Perguntas frequentes” (Figura 16) oferece três *links* para acesso aos seguintes conteúdos: “Quais vacinas o bebê deve receber?” (Figura 17), “Quais as diferentes causas do choro do bebê?” (Figura 18) e “Quais cuidados com a Saúde do bebê?” (Figura 19).

A primeira pergunta relacionada à vacinação abordou sua importância, pontuou que o RNPT deve receber todas as vacinas e alertou sobre a necessidade de manter o cartão de vacinas atualizado, essas informações foram balizadas pelo Programa Nacional de Imunização e pela sociedade brasileira de imunização.

O choro do RNPT pode ser para avisar que existe uma necessidade de cunho psicológico ou biológico para ser suprida ou nos casos em que algo está incomodando ou causando dor. Através da utilização de um quadro foram apresentadas as principais causas do choro do RN e como proceder em cada situação.

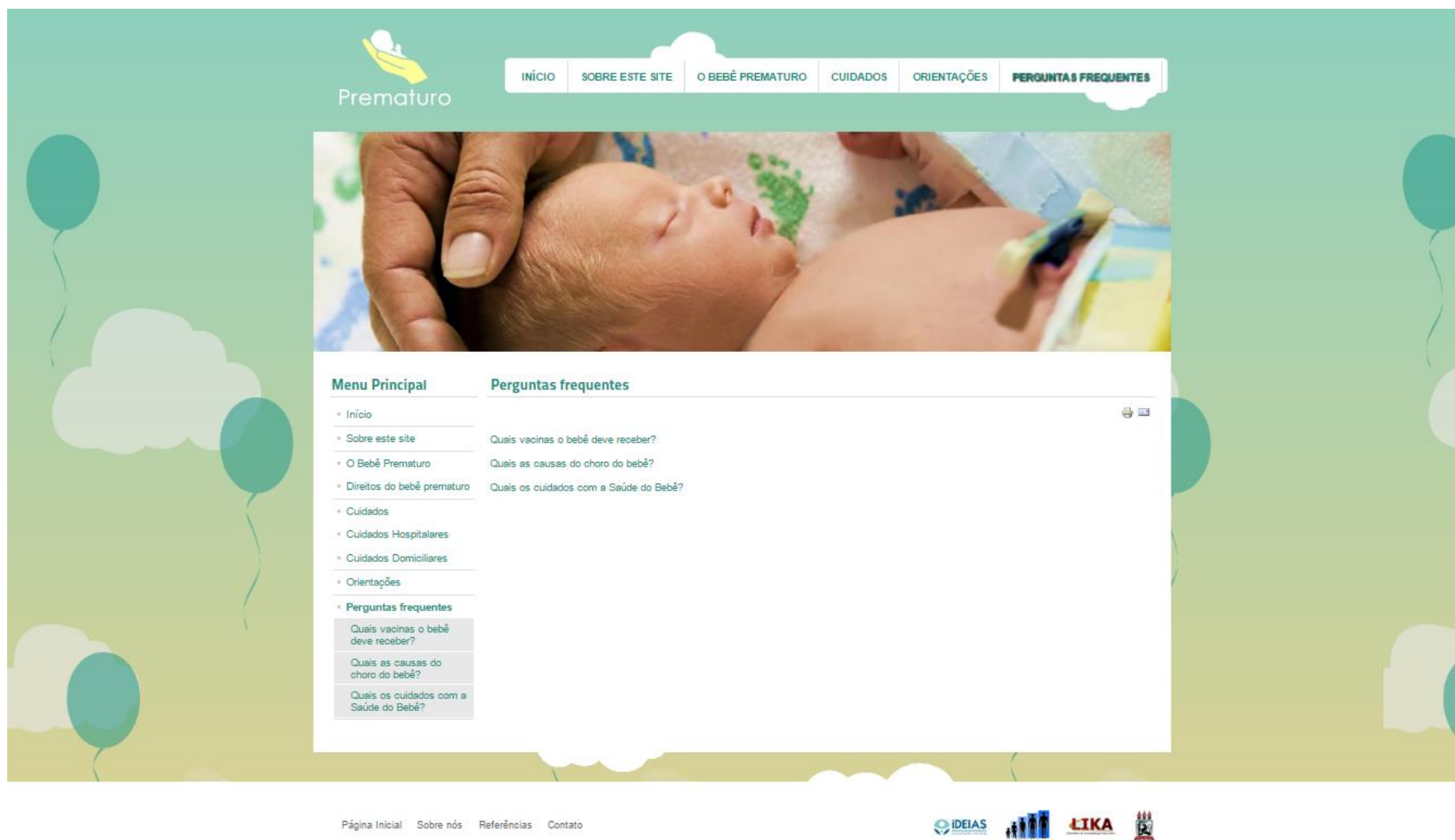
Para responder a última pergunta “Quais os cuidados com a saúde do bebê?”, foi abordada a importância dos estímulos para um bom desenvolvimento do RNPT, o preenchimento da carteira de saúde da criança e as ações desenvolvidas na atenção básica através da visita domiciliar e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do RNPT.

Figura 15 – Página 8 do *website* “Orientações”



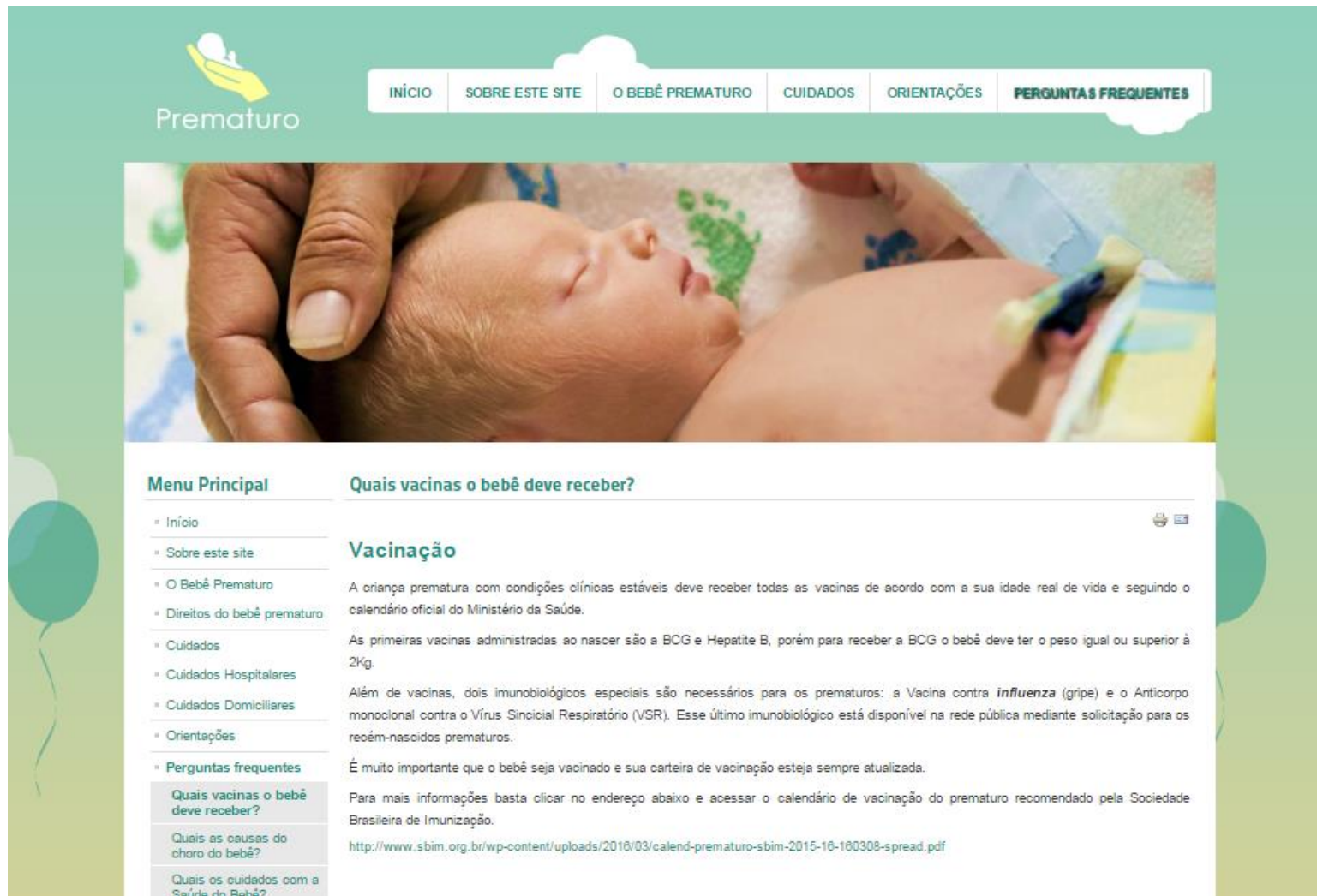
Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016h)

Figura 16 – Página 9 do *website* “Perguntas frequentes”



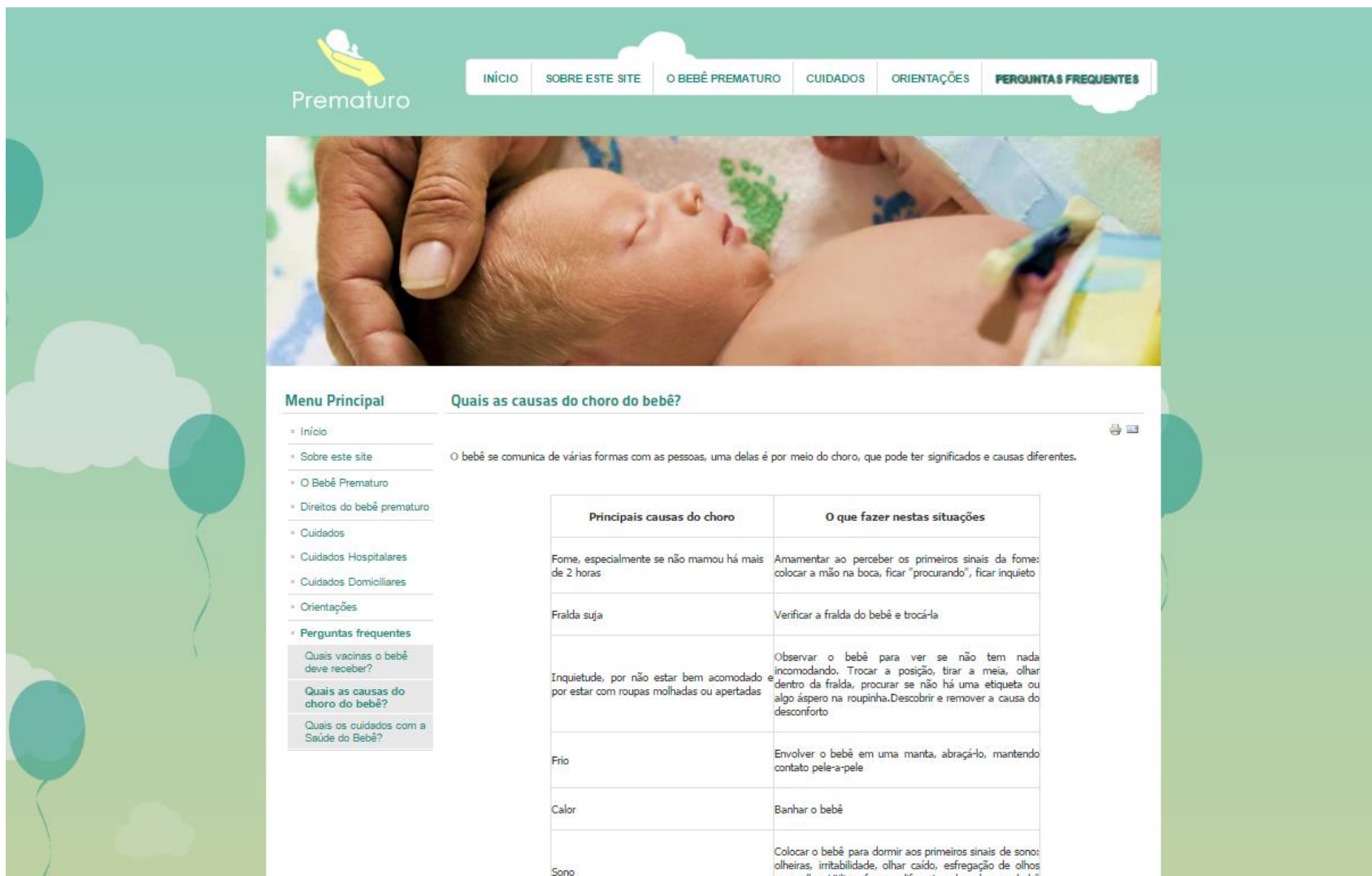
Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016i)

Figura 17 – Página 10 do *website* “Quais vacinas o bebê deve receber?”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016j)

Figura 18 – Página 11 do *website* “Quais as causas do choro do bebê?”



Prematuro

INÍCIO SOBRE ESTE SITE O BEBÊ PREMATURO CUIDADOS ORIENTAÇÕES **PERGUNTAS FREQUENTES**

Menu Principal

- Início
- Sobre este site
- O Bebê Prematuro
- Direitos do bebê prematuro
- Cuidados
- Cuidados Hospitalares
- Cuidados Domiciliares
- Orientações
- Perguntas frequentes
 - Quais vacinas o bebê deve receber?
 - Quais as causas do choro do bebê?**
 - Quais os cuidados com a Saúde do Bebê?

Quais as causas do choro do bebê?

O bebê se comunica de várias formas com as pessoas, uma delas é por meio do choro, que pode ter significados e causas diferentes.

Principais causas do choro	O que fazer nestas situações
Fome, especialmente se não mamou há mais de 2 horas	Amamentar ao perceber os primeiros sinais da fome: colocar a mão na boca, ficar "procurando", ficar inquieto
Fralda suja	Verificar a fralda do bebê e trocá-la
Inquietude, por não estar bem acomodado e por estar com roupas molhadas ou apertadas	Observar o bebê para ver se não tem nada incomodando. Trocar a posição, tirar a meia, olhar dentro da fralda, procurar se não há uma etiqueta ou algo áspero na roupinha. Descobrir e remover a causa do desconforto
Frio	Envolver o bebê em uma manta, abraçá-lo, mantendo contato pele-a-pele
Calor	Banhar o bebê
Sono	Colocar o bebê para dormir aos primeiros sinais de sono: olheiras, irritabilidade, olhar caído, esfregação de olhos ou orelha. Utilizar formas diferentes de colocar o bebê

Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016k)

Figura 19 – Página 12 do *website* “Quais os cuidados com a saúde do bebê?”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016)

Na página inicial o utilizador do *website* pode acessar o item “Grupos de apoio”. O conteúdo dessa página tem como objetivo incentivar os familiares a buscar se integrar e participar das ações dos grupos de apoio (Figura 20).

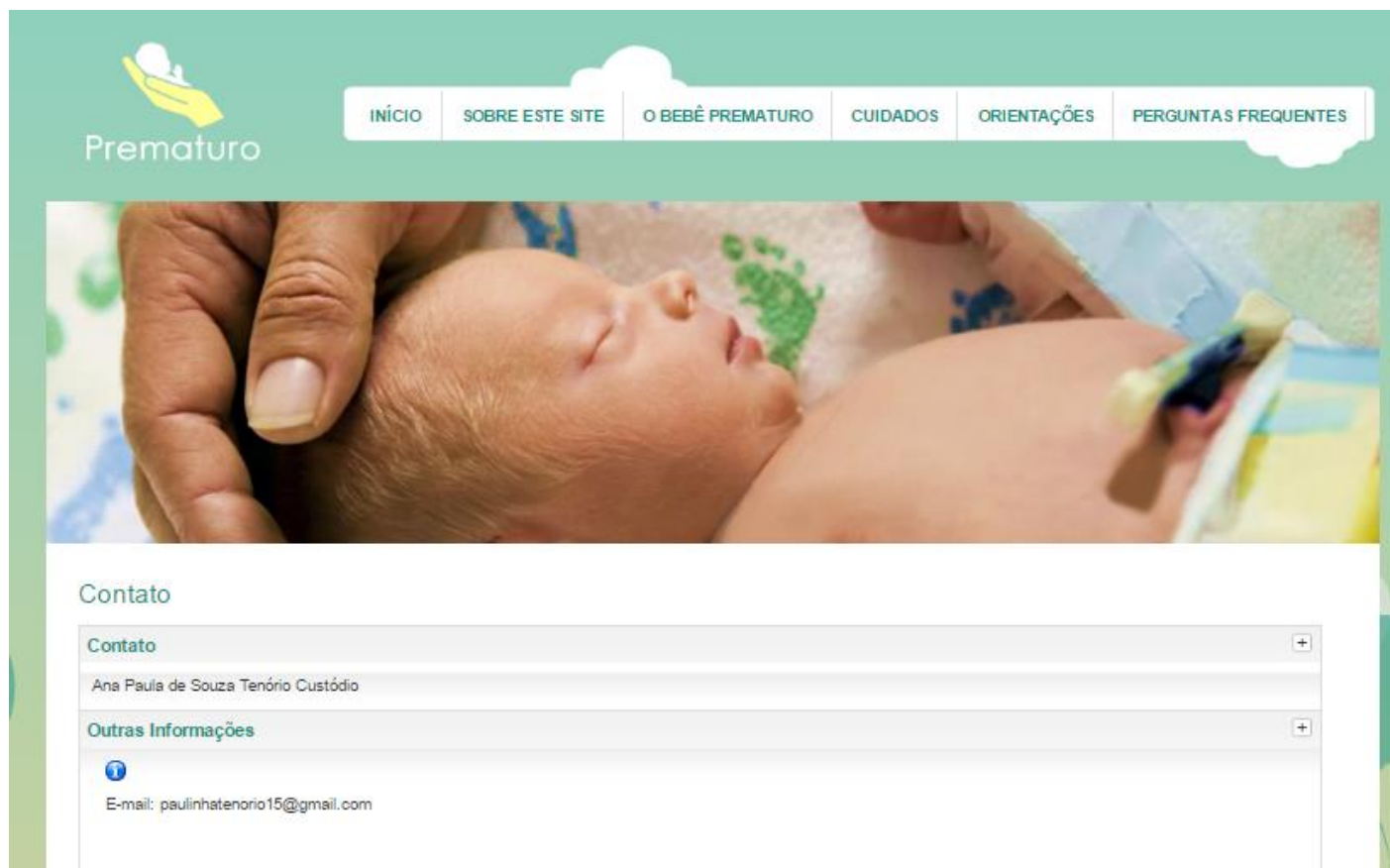
Figura 20 – Página 13 do *website* “Grupos de Apoio”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016m)

O contato com a autora do *website* está disponível por meio de um *link* presente na página inicial, no rodapé e no interior do conteúdo da página 2, “Sobre este *site*”, que direciona e informa o *e-mail* da responsável pelo *website* para que seja possível o utilizador enviar sua opinião, sugestões e críticas a respeito do *website* (Figura 21).

Figura 21 – Página 14 do *website* “Contato”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016n)

As referências utilizadas no desenvolvimento do conteúdo do *website* estão descritas no interior da página 2, "Sobre este *site*", e por intermédio de um *link* no rodapé.

Figura 22 – Página 15 do *website* “Referências”



Fonte: Custódio, Vasconcelos e Belian (2016o)

4.2 Validação do *website* por enfermeiros

A validação do *website* foi realizada por 34 enfermeiros, sendo vinte de centros de saúde de Recife-PE, cinco de Vitória-PE, seis de Ribeirão Preto-SP e um profissional representando cada um destes estados: Alagoas, Ceará e Goiás. O tempo utilizado pelos profissionais de enfermagem para avaliação do *website* foi em média de 67,35 minutos, sendo 30 minutos o menor tempo e 180 minutos o maior tempo, tendo desvio-padrão de 41,06. Quanto ao sexo, 32 profissionais eram do sexo feminino (94,12%), e apenas dois (5,88%), do sexo masculino. A média das idades foi de 37,29 anos, variando de 27 a 52 anos, tendo como desvio-padrão 6,13.

Todos os avaliadores tinham experiência na assistência ao prematuro, sendo que a maioria (52,95%) possuía como experiência profissional apenas a assistência; já 47,05%, além da assistência, atuavam na docência e desses, 14,70% atuavam também na pesquisa. O tempo de experiência variou de cinco a vinte e três anos, tendo como média 11 anos e desvio-padrão 5,06. Em relação à titulação, a maior porcentagem - com 52,95% - foi de profissionais que tinham especialização em saúde da criança, seguida pelos mestres com 29,41%, 8,82% tinham doutorado e 8,82% tinham apenas a graduação. Dos mestres e doutores, nove (32,35%) tinham sua dissertação ou tese na área de saúde da criança.

Quanto à produção científica, doze, ou seja, 35,29% dos avaliadores, declararam não ter nenhum trabalho científico abordando o tema prematuridade; dos 22 profissionais (64,71%) que relataram ter trabalhos científicos, 50% já os haviam apresentado em eventos científicos, 41,18% da amostra tinham artigo publicado, 32,35% haviam feito orientação de trabalhos e 23,53% tinham projeto de pesquisa abordando o tema da prematuridade.

Na Tabela 1 estão os dados sociais relacionados à experiência profissional dos avaliadores. Apenas três enfermeiros não alcançaram cinco pontos na classificação utilizada por Joventino (2010); porém, devido a possuírem mais de 10 anos de experiência profissional, foram incluídos no estudo. Observando a experiência profissional, a titulação e as produções científicas dos avaliadores, todos se caracterizaram como profissionais adequados e qualificados para avaliar e trazer contribuições para melhorias do *website* sobre cuidados com o prematuro.

Tabela 1 – Características sociais e experiência profissional dos avaliadores. Recife-PE, 2016

VARIÁVEIS	N=34	%
Idade (anos)		
27-35	15	44,12
36-44	15	44,12
45-53	4	11,76
Experiência Profissional		
Assistência	18	52,95
Assistência e Docência	11	32,35
Assistência, Docência e Pesquisa	5	14,70
Tempo de experiência profissional (anos)		
5-9	15	44,12
10-14	10	29,41
15-19	6	17,65
20-24	3	8,82
Maior titulação		
Doutorado	3	8,82
Mestrado	10	29,41
Especialização	18	52,95
Graduação	3	8,82
Especialistas em saúde da criança		
Sim	18	52,95
Não	16	47,05
Trabalhos científicos abordando o tema prematuridade*		
Artigo(s) publicado(s)	14	41,18
Projeto(s) de pesquisa	8	23,53
Trabalho(s) em eventos científicos	17	50,00
Orientação de trabalho(s)	11	32,35

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

*Os percentuais dessa variável não somam 100%, porque o enfermeiro pode ter assinalado mais de um trabalho científico abordando o tema prematuridade.

Nos dados da Tabela 2, são apresentadas as distribuições das frequências das categorias dos escores de resposta de cada avaliador a respeito das informações no *website* sobre a sua autoria. Os dois itens tiveram avaliações positivas. Apenas um avaliador assinalou “discordo parcialmente” no item 2; mesmo assim, esse item alcançou um valor de 97,1% de concordância.

Tabela 2 – Avaliação dos especialistas acerca da autoria do *website*. Recife-PE, 2016

Itens	Autoria do <i>website</i>				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Indicação do autor	-	-	-	4 (11,8%)	30 (88,2%)
2. Contato com o autor	-	1 (2,9%)	-	4 (11,8%)	29 (85,3%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Conforme os dados da Tabela 3, na avaliação de conteúdo do *website*, observou-se que todos os itens foram avaliados positivamente, alguns com 100% de concordância e outros com o percentual superior a 94% de concordância, mesmo tendo recebido de três avaliadores os conceitos “não concordo nem discordo” e também o conceito “discordo parcialmente” em dois itens de avaliação.

Tabela 3 – Avaliação dos especialistas acerca do conteúdo do *website*. Recife-PE, 2016

Itens	Conteúdo geral do <i>website</i>				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo totalmente
3. Informações adequadas aos objetivos	-	-	-	9 (26,5%)	25 (73,5%)
4. A linguagem utilizada é de fácil compreensão pelos utilizadores	-	-	-	10 (29,4)	24 (70,6%)
5. As Informações estão organizadas de forma lógica	-	-	-	13 (38,2%)	21 (61,8%)
6. As informações abrangem bem o conteúdo	-	2 (5,9%)	-	13 (38,2%)	19 (55,9%)
7. Os <i>links</i> são adequados ao conteúdo das informações apresentadas	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)	9 (26,5%)	23 (67,7%)
8. As referências citadas acrescentam valor à informação	-	-	2 (5,9%)	6 (17,6%)	26 (76,5%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Verificou-se que as respostas obtidas a respeito da apresentação do *website* foram variadas (Tabela 4), apesar do maior percentual de respostas “concordo parcialmente” ou “totalmente” com os itens de avaliação, nenhum item alcançou 100% de concordância. Sete itens receberam o escore “não concordo nem discordo”, de apenas um profissional ou de três profissionais e seis itens o escore “discordo parcialmente” de um ou dois avaliadores. Não houve nenhuma resposta com o escore “discordo totalmente”.

Tabela 4 – Avaliação dos especialistas acerca da apresentação do *website*. Recife-PE, 2016

Critérios	Apresentação do <i>website</i>				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
9. O <i>design</i> gráfico favorece o aprendizado	-	2 (5,9%)	-	10 (29,4%)	22 (64,7%)
10. As imagens usadas agregam conhecimentos	-	1 (2,9%)	2 (5,9%)	10 (29,4%)	21 (61,8%)
11. As imagens condizem com os textos a elas relacionados	-	-	2 (5,9%)	8 (23,5%)	24 (70,6%)
12. Os recursos utilizados favorecem o acesso às informações	-	1 (2,9%)	3 (8,8%)	8 (23,6%)	22 (64,7%)
13. O utilizador tem facilidade de navegação	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)	9 (26,5%)	23 (67,7%)
14. O <i>website</i> possui visual atraente	-	2 (5,9%)	2 (5,9%)	12 (35,3%)	18 (52,9%)
15. O <i>website</i> está organizado de forma clara e lógica para facilitar a localização dos assuntos	-	-	2 (5,9%)	10 (29,4%)	22 (64,7%)
16. A forma de apresentação dos conteúdos contribui para o aprendizado	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)	10 (29,5%)	22 (64,7%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Os itens do critério de avaliação da confiabilidade do *website* (Tabela 5) receberam de maneira geral respostas mais uniformes dos enfermeiros, não sendo observadas respostas da categoria “discordo totalmente” ou “discordo parcialmente”. A frequência da resposta

“concordo totalmente” variou de 67,7% a 85,3%, e a da resposta “concordo parcialmente” foi de 14,7% a 29,4%. Dois itens receberam 100% de concordância relacionados à atualização da informação e confiança nas referências, já os itens 17 e 20 receberam ambos de apenas um avaliador o conceito “não concordo nem discordo”, ficando com 97,1% de concordância.

Tabela 5 – Avaliação dos especialistas acerca da confiabilidade do *website*. Recife-PE, 2016

Critérios	Confiabilidade do <i>website</i>				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
17. As informações são confiáveis e contribuirão para a construção de conhecimento	-	-	1 (2,9%)	5 (14,7)	28 (82,4%)
18. As informações estão atualizadas	-	-	-	7 (20,6)	27 (79,4%)
19. As fontes de referência são confiáveis e aceitáveis	-	-	-	5 (14,7)	29 (85,3%)
20. Os textos não contêm erros gramaticais	-	-	1 (2,9%)	10 (29,4)	23 (67,7%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

Tendo em vista a importância para a educação em saúde, o último eixo de avaliação foi direcionado para a didática do *website* (Tabela 6), no qual foram contemplados oito itens. Observou-se que houve variação nas respostas atribuídas pelos enfermeiros, apesar de a maioria ter concordado parcialmente ou totalmente. Apenas dois itens (23 e 24) alcançaram 100% de concordância, os quais se referem à autonomia e liberdade na busca e exploração das informações por meio do *website*. Oito profissionais assinalaram o escore “não concordo nem discordo” entre 2,9% e 11,8%. Sete profissionais discordaram parcialmente dos itens de avaliação entre 2,9% e 5,8%. Dois itens (26 e 27) receberam uma avaliação com o escore “discordo totalmente”.

Tabela 6 – Avaliação dos especialistas acerca da didática do *website*. Recife-PE, 2016

Critérios	Didática do <i>website</i>				
	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
21. O <i>website</i> cumpre o seu papel como recurso didático para a aprendizagem	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)	11 (32,4%)	21 (61,8%)
22. O <i>website</i> motiva os utilizadores para o aprendizado	-	2 (5,8%)	4 (11,8%)	7 (20,6%)	21 (61,8%)
23. O <i>website</i> permite o exercício da autonomia na busca pela informação	-	-	-	7 (20,6%)	27 (79,4%)
24. O <i>website</i> possibilita a liberdade na consulta e na exploração das informações disponíveis	-	-	-	4 (11,8%)	30 (88,2%)
25. O <i>website</i> pode auxiliar na redução da ansiedade dos utilizadores	-	1 (2,9%)	-	14 (41,2%)	19 (55,9%)
26. O <i>website</i> pode contribuir para o aumento da confiança dos utilizadores	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	8 (23,6%)	23 (67,7%)
27. O <i>website</i> possibilita que o utilizador reflita sobre sua prática	1 (2,9%)	1 (2,9%)	1 (2,9%)	15 (44,2%)	16 (47,1%)
28. O <i>website</i> pode servir como instrumento e material de referência para os profissionais de saúde	-	1 (2,9%)	1 (2,9%)	7 (20,6%)	25 (73,6%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

O S-CVI foi de 0,95 e a média da validade de conteúdo dos itens individuais foi de 0,95 para o *website*. O I-CVI apresentou resultados superiores a 0,8 em cada item avaliado separadamente (Tabela 7), indicando que o *website* está validado.

Os enfermeiros demonstraram interesse em conhecer o *website* a partir da visualização da página 1, “Início”. Contudo, alguns avaliadores solicitaram melhorias na ilustração do prematuro. Houve a sugestão para o aprimoramento da parte didática do *website* acrescentando um minidicionário com as principais expressões utilizadas pelos profissionais de saúde, ferramentas interativas e um espaço disponível para depoimentos e para perguntas e respostas (dúvidas frequentes). Todas as sugestões serão revistas para a produção da versão final do *website* e posterior validação de aparência, a qual será realizada com a avaliação da população alvo.

Dentre os conteúdos sugeridos a serem incluídos no *website*, estão os testes do pezinho, orelhinha, olhinho e língua; a retinopatia da prematuridade; a síndrome da morte súbita do lactente; bem como a abordagem sobre como lidar com a morte e o luto. As questões sobre apoio familiar e social também foram contempladas como conteúdos a serem explanados no *website*, além dos direitos dos pais e dos familiares e trazer um *link* para o acesso ao Estatuto da Criança e do Adolescente.

Um dos avaliadores sugeriu incluir temas psicossociais e emocionais sobre os pais. Três enfermeiros tiveram como sugestão rever a agregação da palavra “pai” nos textos do *website*, excluindo o termo “mães e familiares” e utilizando “pais e familiares”. Ainda um avaliador solicitou a adição de informações do papel paterno.

Um enfermeiro que possuía experiência em hospitais particulares apresentou a sugestão de o *website* abranger assuntos direcionados para um público de classe social alta, contemplando algumas possíveis dúvidas dessa clientela como: A partir de que idade o bebê pode andar de avião? Com quantos meses pode furar a orelha? Qual deve ser o material do brinco? Qual o tecido mais adequado para as roupas do bebê? Como deve ser o quarto do bebê?

Um resumo das sugestões feitas pelos profissionais, abordando as alterações, inclusões e exclusões para adaptação e melhoria do *website* está detalhado no Quadro 2.

TABELA 7 - Avaliação do *website* dos 28 itens do instrumento, segundo relevância, pelos especialistas. Recife, 2016.

AVALIADORES																																					
ITENS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	*aval.	I-CVI	
1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	33	0,97		
3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
4	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	32	0,94		
7	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	32	0,94		
8	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	32	0,94		
9	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	32	0,94		
10	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	31	0,91		
11	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	32	0,94		
12	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	30	0,88		
13	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	x	32	0,94		
14	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	30	0,88		
15	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	32	0,94		
16	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	32	0,94		
17	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	33	0,97		
18	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
20	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	33	0,97		
21	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	32	0,94		
22	x	x	x	x	x	x	--	x	x	--	x	x	x	x	--	--	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	28	0,82		
23	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
24	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	34	1		
25	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	33	0,97		
26	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	31	0,91		
27	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	x	x	--	x	x	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	31	0,91		
28	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	--	--	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	32	0,94		
S-CVI/ AVE	0,89	1	1	1	1	0,89	0,93	1	1	0,96	1	1	1	0,93	0,79	0,64	1	1	0,79	0,93	0,93	0,96	1	1	1	1	1	0,93	0,79	1	0,96	1	1	1	----	----	

Fonte: dados da pesquisa, 2016

*Número de avaliações concordo parcialmente ou concordo totalmente considerada pelos enfermeiros.

MÉDIA I-CVI = 0,95 e S-CVI = 0,95

Quadro 2 – Síntese da análise qualitativa das sugestões dos avaliadores do *website*

Página 1 “Início”	Alterar imagem principal devido à visualização de unhas longas do cuidador. Mudar a figura principal para rotativa mostrando imagens de outros prematuros e família. Melhorar o <i>design e layout</i> do <i>website</i>
Página 2 “Sobre este site”	Excluir o termo "mães e familiares" e utilizar "pais e familiares".
Página 3 “O bebê prematuro”	Trazer imagens ilustrativas. Definir o RN - termo e idade corrigida.
Página 6 “Cuidados hospitalares”	Incluir a UCIN como um dos destinos do RNPT Trocar, em medidas de higiene, o tipo de sabão utilizado, pois no hospital os sabões são especiais, e acrescentar a lavagem até os cotovelos, o não uso de anéis e relógios. Adicionar imagem de RN com sonda orogástrica e do monitor cardíaco. Alterar a explicação da imagem do oxímetro de pulso. Acrescentar imagem de RNPT em intubação orotraqueal e halo, além de melhorar a explicação sobre o suporte ventilatório. Comparar as vantagens do leite materno com as fórmulas infantis.
Página 7 “Cuidados domiciliares”	Criar sessões, dividindo melhor os assuntos. Utilizar mais ilustrações. Incluir vídeos ou animações, por exemplo, na sessão do banho. Explicar o perigo de expor o RNPT, com aplicação de pomadas ou creme corporal, ao banho de sol, informar que o procedimento deve ser realizado preferencialmente após o banho de imersão, também mencionar a utilização da luz indireta através da janela. Acrescentar, no tópico sobre o sono, a posição para dormir evitando possíveis intercorrências. Aprofundar os aspectos relacionados à prevenção de infecção. Comparar as vantagens do leite materno com as fórmulas infantis.
Página 8 “Orientações”	Ilustrar uma situação de urgência com acionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou Corpo de Bombeiros
Página 9 “Perguntas frequentes”	Incluir a pergunta: “Como o bebê se comporta no primeiro mês em casa?”.
Página 10 “Quais vacinas o bebê deve receber?”	Adicionar medidas de alívio da dor que podem ser utilizadas pelos pais e familiares, como amamentar, colocar na posição canguru, distrair o bebê.
Página 11 “Quais as causas do choro do bebê?”	Melhorar a redação no item que aborda dor, em especial por cólica, pois, ao sugerir dar algo para o bebê sugar, pode estimular o uso de bicos artificiais prejudicando o aleitamento materno.
Página 12 “Quais os cuidados com a saúde do bebê?”	Rotina das consultas de egresso dos RNPTs. Incluir a informação sobre o número de visitas ao posto de saúde no primeiro ano de vida. Acrescentar os principais marcos do desenvolvimento da criança. Abordar aspectos relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor do prematuro.

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

5 DISCUSSÃO

Existe a necessidade de oferecer aos pais e familiares de prematuros uma fonte de informação com comprovação científica adequada aos novos modos de aprender que o indivíduo desenvolveu na atualidade em contato com as TICs (MEIRELLES; TAROUÇO; SILVA, 2006; BÉVORT, 2009). Os fatos que precisam ser considerados são diversos, entre eles estão o aumento do número de nascimentos prematuros, o maior acesso da população à informação via *internet* por meio dos computadores e telefones celulares, a facilidade na criação de *websites* e a veiculação de informações via *internet* que ocorre hoje de forma vasta e diversificada.

Contudo, existe um grande número de *websites* com conteúdos educacionais, porém a maioria não está apresentada de forma sistematizada, considerando a estrutura, a apresentação e a navegação (LUVIZOTTO, 2010). Para disponibilizar à população um instrumento de educação em saúde com qualidade, é importante a avaliação dos *websites* por especialistas. Essa avaliação foi dividida em aspectos relativos à autoridade, ao conteúdo, à apresentação, à confiabilidade das informações e à didática do *website*.

A validade de conteúdo do *website*, considerando os itens avaliados pelos enfermeiros, resultou em I-CVI de 0,95 e S-CVI/Ave de 0,95. Todos os itens avaliados obtiveram I-CVI superior a 0,8. Significando que o *website* foi validado.

Entretanto, foi realizada a avaliação qualitativa das sugestões dos especialistas, as quais foram analisadas, visto tratar de adaptações ou correções que conferem a qualidade do *website*. Toda a discussão seguiu a ordem do instrumento utilizado para a avaliação do *website* pelos especialistas e ao final da discussão segue as sugestões principais dos avaliadores e as limitações do estudo.

As iniciativas para a realização de análises de qualidade das interfaces e do conteúdo, abrangendo toda a Arquitetura da informação, são de grande importância para a disponibilização de *websites* com qualidade para seus respectivos utilizadores, identificando os aspectos positivos e negativos relacionados ao *website* (MORI, 2010; GÓES, 2011).

A definição de arquitetura da informação segundo Reis (2007) é a ciência e a arte de organizar *websites* para dar suporte à usabilidade e à facilidade de encontrar a informação. De acordo com Camargo, (2004) é definida como sendo uma estrutura que permite que as pessoas encontrem seus caminhos pessoais para o conhecimento. Já Ramos (2008) aborda que é a organização das informações, a qual deve ser realizada de acordo com a sua importância e

hierarquia. A estrutura do *website* deve distinguir suas áreas principais e secundárias, com o objetivo de orientar a navegação do utilizador pelas telas do *website*.

Baseado nessas definições, o *website* avaliado alcançou esse objetivo segundo mais de 90% dos participantes do estudo, que concordaram com a afirmação referente à organização lógica das informações para compreensão dos utilizadores, facilidade de navegação e de localização dos assuntos.

Em relação à organização, um dos avaliadores sugeriu a criação de seções e *hyperlinks* no conteúdo “cuidados domiciliares”. Os *hyperlinks* são ligações, podendo estabelecer conexões entre as páginas do próprio *website*, ou entre o *website* e uma página externa. Esse é um meio para amenizar o problema referente a páginas longas, nas quais é necessário usar a barra de rolagem lateral. Quando o objetivo do conteúdo disponibilizado no *website* é educar, não há como evitar a introdução de elementos textuais, por isso as informações organizadas em forma de seções ajudam a direcionar o utilizador quanto ao conteúdo desejado (MIRANDA, 2011).

Uma das etapas mais importantes, segundo Lins e Marin (2012) é a navegação no *website*, visto que o utilizador deve chegar à informação que procura navegando o menos possível, sem acessar páginas desnecessárias, mantendo dessa forma o interesse do utilizador, pois fornece uma possibilidade de acesso mais eficiente à informação, melhorando a aquisição de conhecimentos.

Houve um predomínio de concordância acerca da contribuição do *website* para o processo de construção de conhecimentos e para o favorecimento do aprendizado mediante a forma de apresentação e a confiança transmitida pelos conteúdos do *website*. Existe a potencialização do processo ensino-aprendizagem mediado pelo computador quando ocorre a redução de problemas oriundos de questões como localização de informações e transformação dessas informações em conhecimento, fazendo com que o utilizador navegue pelo *website* de uma maneira mais facilitada, organizada e eficaz (LUVIZOTTO, 2010).

A presença de dados a respeito do autor do *website* se justifica, pois o utilizador do *website* precisa saber a identificação do autor e ter a possibilidade de manter contato com ele (PINTO, 2012). A presença da indicação dos autores do *website* e a qualificação deles foram percebidas por 100% dos avaliadores. Apenas um avaliador não concordou que existiam informações para estabelecer o contato com o autor.

As normas do código de condutas HON foram utilizadas com o intuito de melhorar a qualidade do conteúdo disponibilizado no *website*. Essas normas demonstram preocupação

com a autoridade do autor do *website*, o qual deve ser qualificado para fornecer informações de saúde confiáveis. Além disso, deve manter acessível no *website* o seu endereço de *e-mail*.

Todos os enfermeiros consideraram as informações adequadas aos objetivos referidos no *website*. Segundo Bento (2013), para iniciar o processo de produção do texto didático, é necessário que o autor tenha conhecimento do público-alvo do conteúdo e em seguida realize a definição dos objetivos. O *website* deve trazer a descrição do seu objetivo, visto ser importante que o utilizador compreenda qual o seu propósito (PINTO, 2012).

Analisando a linguagem utilizada, todos concordaram que o conteúdo no *website* disponibilizado possuía uma linguagem de fácil compreensão pelos utilizadores, sendo as informações distribuídas de forma lógica e direta. As informações divulgadas no *website* foram consideradas atualizadas por todos os enfermeiros e, de acordo com a maioria, abrangem a prática do cuidado ao prematuro para que os pais e familiares do prematuro se identifiquem com o texto.

O texto de um *website*, segundo Ferecini (2011), tem como características: concisão, linguagem direta, ausência de detalhes irrelevantes e objetividade. Além disso, considerando os objetivos didáticos do *website*, vislumbra-se que o texto do material didático deve ter uma coerência interna entre as suas diversas partes, produzido com a intenção de ensinar, tendo como objetivo central a aprendizagem de quem realizará sua leitura e como função principal motivar o leitor, principalmente por meio de uma linguagem comunicativa, sendo um elemento dinamizador do processo de aprendizagem facilitando a compreensão do leitor (PRETI, 2010; BENTO, 2013).

A quantidade e a profundidade das informações apresentadas devem considerar que o conteúdo de um *website* é relevante quando este se mostra adequado às necessidades dos utilizadores e às tarefas que desejam realizar (LINS; MARIN, 2012). Buscou-se trazer no *website* as principais informações acerca do prematuro e os cuidados dispensados a ele no hospital e no domicílio, com base teórica na cartilha de Fonseca (2012) e alicerçada em estudos qualitativos que reforçam a necessidade de educação em saúde, com o objetivo de influenciar positivamente na capacidade de cuidar e diminuir o sentimento de insegurança, muitas vezes apresentado pelos pais nessa situação (MORAIS, 2009; ANJOS et al., 2012; FROTA, 2013).

Vallin (2014) afirma que, no processo de mediação educativa, é preciso atenção no manejo do conteúdo, pois, nos casos de oferecer informações de mais, pode levar os leitores a perderem o foco. Porém, se não abordar novas informações, a aprendizagem fica limitada. O conhecimento deve refletir sobre situações particulares e reais e suas articulações aos

contextos e curiosidades. A seção “Perguntas Frequentes” do *website* foi criada com o objetivo de abordar algumas das dúvidas dos familiares do prematuro, relacionadas à vacinação - causas e como aliviar o choro - e por fim os cuidados com a saúde do bebê.

A vacinação é importante tendo em vista a prevenção contra diversas patologias, portanto esse assunto foi abordado no *website*. Uma das principais funções do enfermeiro é orientar acerca das peculiaridades do calendário vacinal do prematuro e manter a vigilância quanto à atualização do cartão de vacina da criança. Na abordagem do tema “cuidados com a saúde do bebê”, discute-se sobre como os familiares devem aproveitar a visita domiciliar e sobre o acompanhamento do prematuro pelos profissionais na Atenção Básica para esclarecer suas dúvidas e receber orientações sobre os cuidados.

Em relação à apresentação visual do *website*, as imagens utilizadas foram consideradas adequadas por mais de 90% dos avaliadores. Dois avaliadores discordaram parcialmente de que o visual era atraente para o utilizador, e apenas um, de que os recursos favoreciam o acesso às informações. Analisando as sugestões registradas nas questões abertas do questionário, apenas um avaliador sugeriu melhorar o *design* e o *layout* do *website*. Foi sugerida por oito enfermeiros a inclusão de mais imagens (ilustrações, fotos, desenhos, figuras ou gravuras) e por três, a adição de vídeos educativos tornando o *website* mais atraente.

A avaliação revelou que as imagens estabeleciam relação semântica com o conteúdo abordado. As imagens com qualidade visual e didática constituem um recurso educacional que proporciona a integração dos conhecimentos (ABRANCHES, 2010). Dessa forma, será avaliada a necessidade de aumentar o número de imagem a fim de diminuir a densidade dos textos e de facilitar o entendimento do utilizador.

Na fase de construção do *website*, foram vivenciadas algumas dificuldades relacionadas ao desenvolvimento de animações, imagens e vídeos, devido à ausência de profissionais aptos para trabalhar na construção gráfica de imagens ou animações de acordo com o que a realidade da prática neonatal exige em tempo hábil, com o cronograma das etapas de desenvolvimento do *site*.

Três avaliadores solicitaram a inclusão de ferramentas interativas, espaço para depoimentos e instituição de canal de perguntas e respostas (dúvidas frequentes). O aprimoramento do *website* nesse sentido é necessário, pois os *websites* educacionais devem possuir um visual atraente e uma estrutura motivadora levando os utilizadores a desejar aprender e a querer consultar e explorar as informações disponíveis. Para tanto devem atender aos princípios básicos de estrutura, de navegação, de orientação, de *design* e de comunicação comum a todos os *sites* (CARVALHO 2006; LUVIZOTTO, 2010).

Diante disso, será estudada a possibilidade de instituir um canal interativo no *website*, como a inclusão de um campo para enviar opiniões dos familiares sobre o uso do *website*. Para as revisões futuras, também é preciso pensar em como realizar a indicação de pessoas e locais para orientação em caso de problemas ou dúvidas.

De acordo com as normas do código HON, as referências devem ser citadas de forma clara. Na avaliação do *website*, todos os avaliadores concordaram que as fontes de referência utilizadas foram confiáveis e aceitáveis. O uso dos critérios estabelecidos pelo HON mostrou-se eficaz e satisfatório. As organizações que contribuíram para a construção do *website* foram devidamente identificadas na página “Sobre este *site*” mantendo a transparência do patrocínio. Não há no *website* nenhum tipo de publicidade.

O processo de desenvolvimento de *websites* educacionais, geralmente, segue o padrão estabelecido por outros *websites*, porém esse processo deveria ser diferenciado, não considerando apenas os aspectos técnicos, mas sim abrangendo os aspectos didáticos e de aprendizagem (LUVIZOTTO, 2010). Nesse contexto, é fundamental abordar como ocorre a aquisição de conhecimentos pelo público-alvo da ação educativa, a saber, os pais e familiares do prematuro, os quais podem ser adolescentes, jovens ou adultos. A andragogia é definida como a arte e a ciência de facilitar a aprendizagem dos adultos (OLIVEIRA, 2012).

Na idade adulta, o indivíduo é autônomo, assim a aprendizagem ocorre a partir de sua vivência, de conhecimentos e da necessidade e escolha de aprender. Os adultos, geralmente, aprendem o que precisam para aplicar no seu cotidiano, na realização de tarefas ou na resolução de problemas, procurando assim ter acesso a toda a informação disponível em fontes de pesquisa variadas, incluindo-se dessa forma o acesso ao mundo virtual e tecnológico (OLIVEIRA, 2012).

A educação de adultos ganhou impulso com a expansão da educação a distância, a qual utiliza uma metodologia baseada na aplicação das novas TICs como ferramentas no processo de ensino-aprendizagem, sem limitação de tempo, ocupação, lugar ou idade (OLIVEIRA, 2012).

A impulsão da educação a distância no Brasil pode ser atribuída às novas TICs, que estão cada vez mais presentes na rotina das pessoas, principalmente por intermédio da *internet* e dos conteúdos de *websites*. Dessa forma, a educação se torna acessível para uma parcela cada vez maior da sociedade (PRETI, 2010).

Essa facilidade de acesso aos conteúdos a distância aproxima as realidades vividas aos conteúdos fornecidos, visto que, durante o processo de aprendizagem, ocorre a recordação de vivências, experiências e conhecimentos relacionados com o conteúdo e os temas; além disso,

existe a busca de ligações entre o conteúdo e o plano pessoal, a partir do contexto em que se encontram, contribuindo para o avanço no entendimento do tema (VALLIN, 2014).

Tendo em vista a necessidade de avaliar o papel do *website* na aprendizagem dos familiares do prematuro, foi incluído mais um critério no instrumento de avaliação com oito itens relacionados à didática do *website*. Dentre os itens analisados na avaliação didática do *website*, foram incluídos os princípios da autonomia e da liberdade, os quais estão intimamente ligados à educação de adultos e à navegação pela *internet*, fato confirmado por todos os avaliadores.

Por meio do *website*, o utilizador tem liberdade de conduzir seu aprendizado, respeitando seu ritmo pessoal e permitindo que, sob sua escolha, ele possa reforçar as informações que julgar mais necessárias para sua realidade. Essa ferramenta educacional permite que o educando tenha autonomia e que construa seu conhecimento com liberdade, a partir da construção e da reconstrução contínuas de significados de uma dada realidade (OLIVEIRA, 2012).

O utilizador do *website* educacional tem contato com inúmeras informações que possibilitam a construção de conhecimento, sendo esta relacionada à vontade do utilizador, segundo suas intenções, interesses, necessidades e racionalidade (LUVIZOTTO, 2010). Nessa perspectiva o uso do computador e mais precisamente a *internet* poderá ocasionar uma educação mais libertadora (PEIXOTO; ARAÚJO, 2012).

Para utilizar a *internet* como meio pedagógico e contribuir no desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, as informações fornecidas devem ser próximas à realidade vivenciada pelo público-alvo, discutindo assuntos importantes para a saúde da população, aproximando as pessoas do que elas querem ver e ouvir com informações que tenham credibilidade e confiança, retirando dúvidas e suprimindo as possíveis necessidades de conhecimento acerca de determinados temas (BRASIL, 2012b).

Apesar de três avaliadores não considerarem que o *website* possibilite a reflexão, e que o utilizador tenha maior controle de suas decisões e ações, a PNPS propõe novas formas de intervenções em saúde mais abrangentes, procurando promover a participação de todos os sujeitos. Todas as esferas do setor saúde devem atuar no estímulo a novas iniciativas de divulgação de informações e construção de conhecimentos nas ações de promoção à saúde. Além disso é importante considerar a singularidade dos sujeitos e colaborar para o empoderamento dos indivíduos (BRASIL, 2015).

Considerando a promoção à saúde e o papel do *website*, o instrumento de avaliação do *website* sobre cuidados com o prematuro contemplou itens referentes à ansiedade e à

confiança dos pais e familiares. Os sentimentos de culpa, de preocupação quanto à sobrevivência do bebê e o estresse vivenciado pelos familiares devido às dificuldades advindas do início do processo dos cuidados durante o internamento na UTIN interferem na confiança e podem levar à ansiedade (ANJOS et al., 2012; SANTOS, 2012; FROTA, 2013).

Na avaliação do *website*, mais de 90% dos avaliadores concordaram que a utilização de um *website* com informações para orientação acerca dos cuidados ao prematuro pode auxiliar na redução da ansiedade e contribuir para a aquisição da confiança dos pais e familiares do prematuro nos cuidados diários. Segundo Renca (2010), o acesso à informação é um fator que colabora para a diminuição da ansiedade. O papel da equipe de saúde é determinante, pois a família envolvida é necessariamente família esclarecida e cooperante.

Os familiares do prematuro devem ser alvos de atividades que visem à promoção da saúde, e o uso do *website* pode contribuir diretamente, quando o próprio indivíduo tem acesso ao seu conteúdo, ou indiretamente, quando o profissional de saúde o utiliza como instrumento de educação em saúde.

Apenas o último eixo relacionado a didática do *website* recebeu uma avaliação com o escore “discordo totalmente” nos seguintes itens: “O *website* pode contribuir para o aumento da confiança dos utilizadores”; e “O *website* possibilita que o utilizador reflita sobre sua prática”. A avaliação negativa nesses itens, mesmo tendo apresentado índice de concordância superior a 80%, reforça a necessidade que a população alvo avalie o *website* para a realização da validação de aparência e assim seja possível elucidar essas questões de forma mais precisa.

Ainda na avaliação acerca da didática o item “O *website* motiva os utilizadores para o aprendizado” obteve o I-CVI de 0,82, o mais baixo entre todos os resultados, recebendo quatro atribuições – não concordo nem discordo – e duas – discordo parcialmente, as razões possíveis talvez estejam associadas às sugestões dos avaliadores quanto à inserção de recursos didáticos como ferramentas interativas, utilização de vídeos e maior número de imagens no *website*.

Dentre todas as sugestões de modificação e de inclusão no *website*, destaca-se a percepção dos enfermeiros da necessidade da agregação da palavra “pai” nos textos. Houve uma ressalva acerca da importância de informação aos pais e não apenas às mães, sendo sugerido que o *website* faça referência à valorização do papel do pai.

No momento de internamento do prematuro, a área da saúde pode ser um espaço privilegiado para estímulo das novas formas de interação entre o homem e o seu filho, porém contraditoriamente ela reforça a responsabilidade feminina no cuidado e afasta o pai

interessado em participar desse processo, não enxergando a importância da formação precoce de vínculos entre o pai e o filho (MARTINS, 2009; FONTOURA, 2011).

O exercício da paternidade traz repercussões positivas na vida dos pais e de seus filhos, porém os pais encontram dificuldades para exercer a paternidade, principalmente quando é vivenciado um parto prematuro. Primeiramente, o pai precisa lidar com os diversos sentimentos que surgem durante o processo de hospitalização do filho, como surpresa, angústia e medo. Existem as dificuldades impostas pelo setor saúde, como as restrições nos horários do contato com o filho (SANTOS, 2012).

O homem, muitas vezes, tem a ideia de que é sua obrigação suprir as necessidades básicas da família e encara que não pode falhar na missão de providenciar o sustento. Então, atrelado ao desejo do pai de estar mais próximo do seu filho, também existe o estresse e o temor de perder o emprego por faltas, atrasos ou licenças (SANTOS, 2012). A licença-paternidade foi estendida para 20 dias, mas ainda existe uma grande diferença quando comparada com a licença-maternidade (BRASIL, 2016).

A inserção do pai nos cuidados ao prematuro dentro do ambiente hospitalar e domiciliar deve ser estimulada pelos profissionais de saúde, promovendo condições para participação do pai nos diversos contextos do cuidado neonatal e pediátrico (BAËTA, 2009; SANTOS, 2012).

Para que ocorra o desenvolvimento de uma paternidade mais próxima, é preciso delinear novas relações de gênero, desmistificando os atributos socialmente definidos para o homem como provedor e para a mulher como cuidadora, assim como é necessária uma revalorização pela sociedade e pelos próprios homens das tarefas de cuidar e que estas sejam integradas à representação de masculinidade e de paternidade (MARTINS, 2009). Dessa forma, a presença na avaliação do *website* pelos profissionais de enfermagem da inclusão do termo "pais e familiares" e mais ainda de trazer a discussão do papel do pai nos cuidados ao prematuro se configuraram como rica contribuição.

Acredita-se que o *website* possa servir de material de referência para os profissionais de enfermagem durante suas atividades de educação em saúde com os pais e familiares do prematuro, e encontra-se respaldo na concordância de 94,2% dos avaliadores desse trabalho. Dessa forma, pode-se inferir que os profissionais utilizarão e divulgarão essa ferramenta, vale salientar ainda a necessidade da validação de aparência.

Quando os profissionais de enfermagem são impactados desde sua graduação pelas TICs, eles se tornam mais propensos a ser agentes de inclusão das TICs na prática da educação para a saúde. É preciso que sejam oferecidas capacitações para a utilização

pedagógica das TICs, visto que por meio delas é possível utilizar novas e interessantes oportunidades de divulgação de informações que podem ser úteis na transmissão de conteúdos importantes para o exercício da profissão de enfermagem (REIS, 2009; LUVIZOTTO, 2010).

Os recursos tecnológicos são ferramentas úteis ao enfermeiro em suas ações de educação em saúde. No entanto estes não devem substituir a participação humana, mas sim complementar (HON). Dessa forma a assistência de enfermagem deve continuar sendo humanizada, eficaz e efetiva, de maneira que possa usar adequadamente as TICs e alcançar os objetivos para os quais elas foram desenvolvidas (FONSECA, 2011).

A utilização de um *website* para orientação aos pais e familiares acerca do cuidado prestado ao prematuro é um facilitador para o desempenho das atividades de educação em saúde pelo enfermeiro, como também é um meio de comunicação de fácil acesso pelos familiares do prematuro, em especial pelo celular, globalizado e rápido, oferecendo informações atualizadas, confiáveis e proporcionando o compartilhamento de tais informações.

Houve diversas sugestões dos especialistas e, ao analisá-las, percebe-se que boa parte será facilmente colocada em prática por se tratar de adaptação ou correções, como explicação de imagens e conteúdos como exposição ao sol, prevenção de infecção e medidas de higiene, além do aprofundamento de conteúdo, como, por exemplo, nos tópicos que abordam sobre o sono, o leite materno, os destinos do prematuro após o nascimento, medidas de alívio da dor e situações de emergência.

Algumas das sugestões dos enfermeiros não foram acatadas por não comprometerem a qualidade do *website*. Segundo Ferecini (2011), as informações depositadas na *internet* são de domínio público, permitindo seu acesso universal, portanto optou-se por conteúdos abrangentes e não exclusivos. O acréscimo de conteúdos específicos referentes a patologias, exames (testes), comportamento e desenvolvimento do prematuro não ocorrerá nesse primeiro momento, a fim de se manter a fidelidade ao texto original e por acreditar que devem surgir novas sugestões baseadas na avaliação do utilizador final, visto que o *website* não está finalizado.

Os enfermeiros consideraram o *website* um bom instrumento de educação, relevante e didático. A validação de conteúdo do *website* foi realizada com sucesso, o mesmo pode ser disponibilizado e divulgado para navegação. Porém existe a necessidade de estudo futuro, através da avaliação do website pelos familiares do prematuro, para a obtenção da validação de aparência.

A PNPS estimula a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde, defendendo a utilização das diversas expressões comunicacionais e populares, contemplando informações sobre o planejamento, a execução, os resultados, os impactos, a efetividade e os benefícios das ações (BRASIL, 2015). Portanto, esta pesquisa será divulgada com o intuito de contribuir para despertar os profissionais de saúde na adoção das TICs em sua prática de educação em saúde, alcançando os pais e familiares do prematuro.

O instrumento utilizado para a coleta de dados era composto por uma escala tipo Likert, que está sujeita a alguns problemas, dentre os quais os mais comuns são aqueles referentes à parcialidade do conjunto de respostas que podem ser divididos em três tipos: parcialidade pelo desejo de aceitação social; parcialidade extrema do conjunto de respostas; e parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas (POLIT, 2011).

A parcialidade pelo desejo de aceitação social ocorre quando o indivíduo tende a mascarar suas atitudes ou características concedendo respostas que sejam consistentes com a visão social vigente; a parcialidade extrema do conjunto de respostas é a tendência de expressar atitudes ou sentimentos com respostas extremas (ex.: concordo totalmente) levando a distorções; por fim a parcialidade de aquiescência do conjunto de respostas é a concordância com os itens da escala independente de seu conteúdo por pessoas que tendem a responder ‘sim’. A tendência de responder ‘não’ ou de discordar com as assertivas independente de seu conteúdo é menos comum (POLIT, 2011).

Para reduzir as limitações do estudo devido ao uso da escala tipo Likert, foram reforçadas as orientações de não haver uma resposta certa ou errada, de forma que cada profissional ficou livre para responder de acordo com sua experiência profissional e teórico-prática, levando em consideração a realidade dos familiares do prematuro, ou seja, do público-alvo do *website*.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho buscou oferecer um *website* com conteúdo educacional distribuído de forma sistematizada, organizando as informações de maneira lógica para facilitar a navegação e localização dos assuntos para que, por meio desse *website*, os familiares do prematuro tenham um meio de adquirir conhecimento de forma acessível, fácil e confiável para o entendimento e o desenvolvimento dos cuidados ao prematuro. A construção e validação deste *website* foram baseadas em princípios científicos, seguindo todo o rigor metodológico de uma pesquisa científica.

Os comentários dos avaliadores acerca do *website* foram positivos. De modo geral, consideraram-no como bom instrumento de educação, relevante, didático, interativo e interessante, o qual poderá acrescentar conhecimentos e esclarecer muitas dúvidas dos familiares, estudantes e profissionais de saúde. Além disso, expressaram o desejo de que a autora realizasse posteriormente a divulgação do *website*.

A avaliação realizada pelos profissionais de enfermagem foi satisfatória. Observou-se que, em 25 itens do instrumento, a concordância foi maior que 90%, e em três itens – recursos utilizados, visual atraente do *website* e motivação dos utilizadores para o aprendizado mediante o *website* – foi obtida uma avaliação acima de 80% de concordância. O *website* foi validado pelos especialistas, pois os escores alcançaram índices de concordância esperada, acima de 70% de concordância em todos os itens avaliados e todos os cálculos do IVC superior a 0,8, sendo a média, I-CVI de 0,95.

Recomenda-se a continuidade deste estudo com a aplicação das sugestões feitas pelos expertises durante o processo de validação até a versão final para que posteriormente seja realizada a validação de aparência com a população alvo. Além disso, verificar o impacto no processo de aquisição de informação e desenvolvimento de conhecimentos por parte dos pais e familiares do prematuro por meio da utilização do *website* sobre cuidados com o prematuro.

Espera-se que, mediante a divulgação dos resultados deste trabalho, possam surgir iniciativas de educação em saúde por meio de novas abordagens educacionais via *internet* para a população, visto que estas podem servir para complementar e enriquecer as ações realizadas de forma presencial.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, D. C. **Prevenção do Câncer Bucal**: desenvolvimento e avaliação de um *website* educacional. 2010. 77 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.
- AIRES, L. C. P. **Percepções dos profissionais de saúde da atenção básica sobre o seguimento do bebê pré-termo e/ou baixo peso e à sua família**: interfaces com a terceira etapa do método canguru. 2015. 183 f. Dissertação (Mestrado). – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- ALAVARCE, D. C.; PIERIN, A. M. G. Elaboração de uma hipermídia educacional para o ensino do procedimento de medida da pressão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 939-44, 2011.
- ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 119–125, 2004.
- ALVES, V. L. S. et al. Criação de um Web Site para enfermeiros sobre pé diabético. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 56–61, 2006.
- ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2012.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D.; RODRIGUES, E. DA C. O diálogo entre a equipe de saúde e mães de bebês prematuros: uma análise freireana. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 180–6, 2008.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 195-204, abr./jun., 2003.
- ARAÚJO, M. F. M. et al. Avanços na norma brasileira de comercialização de alimentos para idade infantil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 513-20; 2006.
- ARAÚJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 865-872, 2010.
- BAÊTA, M. L. M. **A paternidade na UTI neonatal**: o pai prematuro. 2009. 167 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
- BARBOSA, S. F. F.; MARIN, H.F. Simulação baseada na web: uma ferramenta para o ensino de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 9, 2009.

BENTO, M. D. A produção de material didático da EAD na perspectiva de aprendizagem freireana. In: COLÓQUIO INTERNACIONAL PAULO FREIRE, 8., 2013. **Paper...** Disponível em: <<http://coloquio.paulofreire.org.br/participacao/index.php/coloquio/viii-coloquio/paper/view/296>>. Acesso em: 01 maio 2016.

BÉVORT, E.; BELLONI, M. L. Mídia-educação: conceitos, historia e perspectivas. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 109, p. 1081-1102, set./dez. 2009.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 31, n. 4, p. 203-209, 2009.

BOTELHO, S. M. et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 929-934, ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa nacional de saúde materno-infantil**. Brasília, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência integral à saúde da mulher**. Brasília, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 12 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de assistência à saúde perinatal. **Bases Programáticas**. Brasília, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança**. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN). Secretária de Programas Especiais-SPE. Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM). **Normais Gerais para Bancos de Leite Humano**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 693**. Norma de orientação para implantação do método Mãe Canguru. Diário oficial da União, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área de saúde da criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 1.683**. Normas oficiais para implantação do Método Canguru. Diário oficial da União, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 20 ago. 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: Anvisa, 2008a.

BRASIL. **Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008b**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6690.htm>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria n. 1.459/GM, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 25 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: cuidados gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde: problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. v. 3.

BRASIL. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012a.** Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de gestão estratégica e participativa. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde – CNEPS. **Política nacional de educação popular em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde: cuidados com o recém-nascido pré-termo. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde de Ética em Pesquisa. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análises Epidemiológicas (CGIAE). **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos:** 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.** Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <<http://www.avante.org.br/aprovada-politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-da-crianca/>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. **Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8737.htm>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BUBOLTZ, F. L. et al. Educação em saúde como competência gerencial do enfermeiro nos serviços de saúde da criança: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE online**, v. 8, n. 4, p. 1038–1047, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/88>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

BURGOS, T. L. **Comunicação gráfica em interfaces de hipermídia de educação a distância via web.** 2010. 229 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada e Literatura Comparada, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

CAETANO, K. C.; MALAGUTTI, W. **Informática em saúde:** uma perspectiva multiprofissional dos usos e possibilidades. São Caetano do Sul: Yendis, 2012.

CAMARGO, L. S. A. 2004. 143 f. **Arquitetura da Informação para Biblioteca Digital Personalizável.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2004.

CARDOSO, A. C. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. **Pediatrics**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 128-134, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/255626342_Metodo_MaeCanguru_aspectos_atuais>. Acesso em: 15 nov. 2015.

CARMO, C. M. A. et al. Procedimentos de enfermagem em UTI neonatal. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A.; CARVALHO, M. (Orgs.). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CARVALHO, A. A. **Indicadores de Qualidade de Sites Educativos**. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

CARVALHO, V. M. et al. **Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2015.

CASTRO, A. N. P.; LIMA JÚNIOR, E. M. Desenvolvimento e validação de cartilha para pacientes vítimas de queimaduras. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 13, n. 2, p. 103-113, 2014.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde : percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1547-1554, 2011.

CHIODI, L. C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012.

COELHO, M. A. P. et al. O uso do CMS Joomla e suas ferramentas hipertextuais na produção de sites educativos e de material didático online. **Texto Livre, Linguagem e Tecnologia**, v. 4, n. 2, p. 38-47, 2012.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação no Brasil: TIC domicílios e empresas 2013**. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2014. [Livro eletrônico].

COSTA, R.; PADILHA, M. I.; MONTICELLI, M. Produção de conhecimento sobre o cuidado ao recém-nascido em UTI Neonatal: contribuição da enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 1, p. 199-204, 2010.

COSTA, G. D. et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: início, 2016a. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: sobre este site, 2016b. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/sobre-este-site>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: o bebê prematuro, 2016c. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/o-bebe-prematuro>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: direitos do bebê prematuro, 2016d. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/o-bebe-prematuro/direitos>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: cuidados, 2016e. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/cuidados>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: cuidados hospitalares, 2016f. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/cuidados/cuidados-hospitalares>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: cuidados domiciliares, 2016g. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/cuidados/cuidados-domiciliares>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: orientações, 2016h. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/orientacoes>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: perguntas frequentes, 2016i. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/perguntas-frequentes>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: perguntas frequentes: quais vacinas o bebê deve receber, 2016j. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/perguntas-frequentes/vacinas>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: perguntas frequentes: quais as causas do choro do bebê, 2016k. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/perguntas-frequentes/diferentes-causas-do-choro-do-bebe>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: perguntas frequentes: quais os cuidados com a saúde do bebê, 2016l. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php/perguntas-frequentes/cuidados-com-a-saude-do-bebe>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: grupos de apoio, 2016m. Disponível em:

<<http://www.ideas.ufpe.br/prematuro/index.php/component/content/article/2-uncategorised/48-grupos-de-apoio>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: contato, 2016n. Disponível em: <<http://www.ideas.ufpe.br/prematuro/index.php/contato>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CUSTÓDIO, Ana Paula de Souza Tenório; VASCONCELOS, Maria Gorete Lucena de; BELIAN, Rosalie Barreto. **Prematuro**: referências, 2016o. Disponível em: <<http://www.ideas.ufpe.br/prematuro/index.php/referencias>>. Acesso em: 27 jun. 2016.

CZECHOWSKI, A. E.; FUJINAGA, C. I. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da fonoaudiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 15, n. 4, p. 572-577, 2010.

DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B.; ORIÁ, M. O. B. Validação de álbum seriado para promoção do aleitamento materno. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 225-230, 2012.

DUARTE, E. D.; SENA, R. R.; XAVIAR, C. C. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 647-54, 2009.

DZENDZIK, I. T. **Processo de desenvolvimento de web sites com recursos da UML**. São José dos Campos: Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais, 2005.

FALKEMBACH, G. A. M. Concepção e desenvolvimento de material educativo digital. **Novas Tecnologias CINTED-UFRGS na Educação**, v. 3 n. 1, maio, 2005.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARINA, M. **Psicodinâmica das cores em comunicação**. São Paulo: Blucher, 2002.

FEHRING, R. J. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart Lung**, v. 16, n. 6, p. 625-629, 1987.

FERECINI, G. M. et al. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2009.

FERECINI, G. M. **Desenvolvimento e avaliação do objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro**. 2011. 158 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FERECINI, G.M. et al. Avaliação de um *website* sobre o aleitamento materno do prematuro. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 4, p. 642-649, 2012.

FERREIRA, A. S. et al. Lesões de pele em recém-nascidos e lactentes. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 21, n. 2, p 208-15, 2013.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 65-75, jan./fev. 2004.

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa online sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 6, n. 2, p. 238-244, 2007.

FONSECA, L. M. M. et al. Semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo: Avaliação de um software educacional. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 543-548, 2008.

FONSECA, L. M. M. et al. Inovação tecnológica no ensino da semiotécnica e semiologia em enfermagem neonatal: do desenvolvimento à utilização de um software educacional. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 549-558, 2009.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família**. 4. ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2012.

FONTOURA, F. C. et al. Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 518-525, jul./set. 2011.

FROTA, M. A. et al. Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, v. 17, n. 2, p. 277-283, 2013.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 4: autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil**, 2013a. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm>. Acesso em: 20 out. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**, 2013b. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_possiveis_causas.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Consultoria para realizar pesquisa para estimar a prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil e explorar possíveis causas**: anexo 2, 2013c. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_prematuridade_anexo2.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

GÓES F. S. N. et al. Avaliação do objeto virtual de aprendizagem “Raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao prematuro”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 8, jul./ago. 2011.

GONÇALVES, G. R. et al. Proposta educacional virtual sobre atendimento da ressuscitação cardiopulmonar no recém-nascido. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 2, p. 413–420, 2010.

HEALTH ON THE NET FOUNDATION. **HON Code**. Disponível em: <<http://www.hon.ch/HONcode/Pro/>>. Acesso em: 16 ago. 2015.

JAVORSKI, M. **Efeitos de uma tecnologia educativa na autoeficácia para amamentar e na prática no aleitamento materno exclusivo**. 2014. 125 f. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

JOVENTINO, E. D. **Construção e validação de escala para mensurar a autoeficácia materna na prevenção da diarreia infantil**. 2010. 249 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

JOVENTINO, E. S. et al. The maternal self-efficacy scale for preventing early childhood diarrhea: validity and reliability. **Public health nurs**, v. 30, n. 2, p. 150-158, 2013.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suplemento, p. 192–207, 2014.

LEITE, K. N. S. **A utilização das Tecnologias da Informação e Comunicação pelos docentes de enfermagem e as dificuldades no processo de ensino-aprendizagem**. 2014. 132f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014

LINS, T. H.; VERÍSSIMO, R. C. S. S.; MARIN, H. F. Concepção dos enfermeiros sobre o conteúdo do *website* sala de recuperação pós-anestésica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 22–25, 2010.

LINS, T. H.; MARIN, H. F. Avaliação de *website* sobre assistência de enfermagem na sala de recuperação pós-anestésica. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 1, p. 109–115, 2012.

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

LOPES, E. M.; ANJOS, S. D. J.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 2, p. 273–277, 2009.

LOPEZ, G. L. et al. Transition of premature infants from hospital to home life. **Neonatal network: NN**, v. 31, n. 4, p. 207–14, 2012.

LUVIZOTTO, C. K.; FUSCO, E.; SANAVACCA, A. C. *Websites* educacionais: considerações acerca da arquitetura da informação no processo de ensino-aprendizagem. **Educação em Revista**, Marília, v. 11, n. 2, p. 23-40, jul./dez. 2010.

MARQUES, I. R.; MARIN, H. F. Enfermagem na web: o processo de criação e validação de um web site sobre doença arterial coronariana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 298–307, 2002.

MARTINS, A. C. Paternidade: repercussões e desafios para a área de saúde. **Revista Pós Ciências Sociais**, São Luís, v. 1 n. 11, p. 28, 2009.

MATTA, A. E. R. Projetos de autoria hipermídia em rede: ambiente mediador para o ensino-aprendizagem de História. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 25., 2002. **Anais...** Caxambu: ANPED, 2002.

MCCLURG-GENEVESE, J. **The principles of design**, 2005. Disponível em: <http://www.gigitalweb.com/articles/principles_of_design/>. Acesso em: 01 maio 2016.

MEIRELLES, L. F. T.; TAROUÇO, L. M. R.; SILVA, G. D. G. Aprendizagem com mobilidade para as atividades de prática em cursos de licenciatura. **Novas Tecnologias na Educação. CINTED-UFRGS**, v. 4, n. 1, jul. 2006.

MIRANDA, J. O.; MARQUES, I. R. Enfermagem e Internet: processo de criação de um web site sobre a gestação. **Revista de Enfermagem da UNISA**, v. 12, n. 5, p. 17–22, 2011.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 8, mar./abr. 2011.

MONTEIRO, R. Norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância: histórico, limitações e perspectivas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 5, 2006.

MORAIS, A. C. **O cuidado à criança prematura no domicílio**. 2008. 104f. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

MORAIS, A. C.; QUIRINO, M. D.; ALMEIDA, M. S. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009.

MORI, S. **Avaliação do website educacional em Primeiros Socorros**. 2010. 102 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

MORI, S.; WHITAKER, I. Y.; MARIN, H. D. F. Avaliação do website educacional em Primeiros Socorros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 950–957, 2013.

NASCIMENTO, M. B. R. DO; ISSLER, H. Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 5, p. 163–172, 2004.

NYQVIST, K. H. et al. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into Neonatal Intensive Care: expert group recommendations for three guiding principles. **Journal of Human Lactation**, v. 28, n. 3, p. 289–296, 2012.

OLIVEIRA, I. C. D. S. O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 459–466, 2004.

OLIVEIRA, L. A. Uma abordagem da andragogia freiriana na modalidade EAD. **Educação a Distância**, Batatais, v. 2, n. 1, p. 29-45, jun. 2012.

OLIVEIRA, S. C. de. **Efeito de uma intervenção educativa na gravidez para alimentação saudável com os alimentos regionais**. 2014. 150 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'EDUCATION, LA SCIENCE ET LA CULTURE (UNESCO). **L'éducation aux médias**: actes, synthèse et recommandations de la Reunión Internationale de Paris. Paris, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: CID-10. 10. rev. 2008. v. 1. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

PARO, B. A. **Escala Likert**: coisas que todo pesquisador deveria saber. NetQuest, 2012. Disponível em: < <http://www.netquest.com/br/blog/a-escalalikert-coisas-que-todo-pesquisador-deveria-saber/> >. Acesso em: 2 maio 2014.

PEIXOTO, J.; ARAÚJO, C. H. D. S. Tecnologia e educação: algumas considerações sobre o discurso pedagógico contemporâneo. **Educação e Sociedade**, v. 33, n. 118, p. 253–268, 2012.

PEREIRA, F. L. et al. A manipulação de prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 6, p. 1272–1278, 2013.

PINTO, A. I. P. N. **A internet na educação pré-escolar**: estudo de três *websites* educativos Portugueses. 2012. 278 f. Dissertação (Mestrado) – Ciências da Educação: Especialização em Comunicação e Tecnologia Educativas, Vila Real, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The Content Validity Index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 29, p. 489–497, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PONTES, C. M.; ALEXANDRINO, A. C.; OSORIO, M. M. Participação do pai no processo da amamentação: vivências, conhecimentos, comportamentos e sentimentos. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, ago. 2008.

PRETI, O. **Produção de material didático impresso**: orientações técnicas e pedagógicas. Cuiabá: EduUFMT, 2010.

RAMOS, D. S. **A importância da Arquitetura da Informação para websites**, 2008. Disponível em: <<http://daniellesramos.wordpress.com/2008/06/27/a-importancia-da-arquitetura-da-informacao-para-websites/>>. Acesso em: 14 out. 2015.

RAMOS, H. Â. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

REIS, G. A. **Centrando a Arquitetura de Informação no Usuário**. 2007. 250 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Comunicação e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo; 2007.

REIS, A. Tecnologias da Informação e da Comunicação na Educação em Saúde. O caso da Formação em Enfermagem. **Revista Latinoamericana de Tecnologia Educativa – RELATEC**, v. 8, n. 1, p. 105-25, 2009.

RENCA, P. F. N. N. et al. Programa de informação para alívio da ansiedade de familiares de doentes internados em psiquiatria. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 2, p. 91-100, 2010.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança**. Rio de Janeiro, 2010.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, jan./fev. 2008.

ROCHA, A. T. S. D. et al. Cuidado em Saúde Mental : um sistema para ensino em Enfermagem Mental. **J. Health Inform.**, v. 4, n. especial, p. 103–107, 2012.

ROCHA, J. S. Y. Uso de tecnologias da informação e comunicação na educação em saúde: problematização e desenvolvimento. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 3, p. 214-23, 2015.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. D. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870- 1903). **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 286–291, 2004.

SÁ NETO, J. A. D.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372–377, 2010.

SAMPIERE, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia da Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.

SANTOS, A. O. NIDCAP®: uma filosofia de cuidados... **Nascer e crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia**, v. 20, n.1, p. 26-31, 2011.

SANTOS, L. M. et al. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 788-94, set./out. 2012.

SANTOS, L. M. et al. Vivências de mães de recém-nascidos prematuros na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal 3. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 73-81, dez. 2013.

SILVA, L. P. **Mortalidade neonatal evitável, Espírito Santo, Brasil, 2007 a 2009**. 2012. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2012.

SILVEIRA, M. F. et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1267–1275, 2009.

SILVEIRA, R. C. **Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia, 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Seguimento_prematuro_oficial.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SOARES, D. C. Vivenciando o ser prematuro extremo e sua família no contexto hospitalar e domiciliar: resumo de tese. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 864-865, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a36.htm>>. Acesso em: 16 out. 2012.

SOUSA, L. B. D. et al. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. **Revista de enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 1, p. 55–60, 2010.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado à criança na atenção primária de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n. 5, p. 795-802, set./out. 2012.

SPEHAR, M. C. **Mães de bebês prematuros no Método Canguru: aspectos psicossociais, enfrentamento e autoeficácia**. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília; 2013.

TAVARES, G.; MOTA, J.; MAGRO, C. Visão sistêmica da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 24, n. 1, p. 27–34, 2006.

TAVARES, L. A. M. **Uma Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro**. ed. coment. Campos dos Goytacazes: Diagraphic, 2009.

TORATI, C. V. **Política de atenção ao recém-nascido prematuro: morbidades respiratórias e neurológicas**. 2011. 142f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2011.

VALLIN, C. Educação à Distância e Paulo Freire. **RBAAD – Associação Brasileira de Educação a Distância**, v. 13, 2014.

VANNUCHI, M. T. O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 422–8, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L. **Implantação de um grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascido pré-termo e de baixo peso em um hospital amigo da criança na cidade de Recife/PE.** 2004. 165 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

VASCONCELOS, M. G. L.; LIRA, P. I. C.; LIMA, M. D. C. Duração e fatores associados ao aleitamento materno em crianças menores de 24 meses de idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 6, n. 1, p. 99–105, 2006.

VASCONCELOS, M. G. L.; FERREIRA, E. B.; SCOCHI, C. G. S. Vivência materna no grupo de apoio à mãe acompanhante de recém-nascidos pré-termo. **Rev. Min. Enferm.**, v. 12, n. 2, p. 167–172, abr./jun. 2008.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012.

VASCONCELOS, M. G. L. et al. Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 1, p. 36–41, 2013.

VÉRAS, R. M. **Práticas institucionais/discursivas acerca dos cuidados com os bebês prematuros e/ou de baixo peso: o Programa Canguru.** 2010. 223 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

VICENTINI, L. A.; MILECK, L. S. Desenvolvimento de sites na web em unidades de informação: metodologias, padrões e ferramentas. In: SEMINÁRIO DE BIBLIOTECAS UNIVERSITÁRIAS, 10., 2000, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, 2000, p. 24-28. Disponível em: <<http://cutter.unicamp.br/document/?code=3>>. Acesso em: 10 out. 2015.

XELEGATI, R.; ÉVORA, Y. D. M. Desenvolvimento de ambiente virtual de aprendizagem em eventos adversos, em enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 8, 2011.

APÊNDICE A - CONVITE ENVIADO POR E-MAIL PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Sou Ana Paula de Souza Tenório, aluna do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciência da Saúde da UFPE. Estou desenvolvendo a pesquisa “cuidados com o prematuro: construção e avaliação de um *website* para informação da família”, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos.

O objetivo do estudo é desenvolver um *website* sobre cuidados com o prematuro direcionado à família; e verificar a adequação desse *website* segundo especialistas em saúde.

Como especialista sua participação consistirá no acesso integral ao *website* com liberdade para navegar de acordo com sua disponibilidade.

Segue o *link* que remete ao *website*: www.ideias.ufpe.br/prematuro

O instrumento para avaliação do *website* sobre cuidados com o prematuro deverá ser preenchido *online*. O instrumento foi adaptado daquele desenvolvido e validado por Marques e Marin (2002), e está estruturado em duas partes: a primeira com questões referentes a sua identificação e experiência profissional, e a segunda parte com questões para a avaliação do *website*, que devem ser respondidas de acordo com a escala de satisfação disponível (1-Discordo totalmente a 5-Concordo totalmente).

Para preenchê-lo, visite:

https://docs.google.com/forms/d/1Mr0NeC5SIq6I_y9PCrVSP5Yy5nECC0e2WOp9qOWGtw4/viewform?c=0&w=1&usp=mail_form *link*

A participação nesta pesquisa é facultativa e seus dados serão utilizados exclusivamente para os fins acadêmicos deste trabalho.

Segue em anexo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para sua apreciação e resposta quanto ao interesse e disponibilidade para a participação. Peço que caso aceite participar da pesquisa imprima, assine o TCLE, escaneie ou tire uma foto e envie para o meu *e-mail*.

Desde já agradeço a colaboração.

Qualquer dúvida posso responder por *e-mail* ou pelo contato de telefone informado no TCLE.

Atenciosamente,

Ana Paula de Souza Tenório

Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente – UFPE

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS ESPECIALISTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os especialistas

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

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa **Cuidados com o prematuro: construção e avaliação de um *website* para informação da família**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Paula de Souza Tenório, com endereço Rua Almirante Batista Leão, nº 53, apart 803, Boa Viagem, CEP 51030-660, Recife-PE, telefones para contato: (81) 98850-3975, (81) 99977-6013 e e-mail: paulinhatenorio15@gmail.com e tem como orientadora a Profª Drª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, telefone: (81) 99278-3940, e-mail: mariagoretevasconcelos@gmail.com e coorientadora Profª Dra. Rosalie Barreto Belian, telefone: (81) 99921-9937, e-mail: rosalie.belian@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas, e quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias; uma via lhe será entregue e a outra ficará com a pesquisadora responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- Descrição da pesquisa: o objetivo do estudo é desenvolver um *website* sobre cuidados com o prematuro, direcionado à família; e verificar a adequação deste *website* segundo especialistas em saúde. Como especialista sua participação consistirá no acesso integral ao *website* com liberdade para navegar de acordo com sua disponibilidade e na avaliação do *website*.
- Você responderá um questionário dividido em duas partes: a primeira com 10 questões referentes a sua identificação e experiência profissional, e a segunda parte com 28 questões fechadas e quatro questões abertas para a avaliação do *website*. O tempo estimado para o preenchimento do questionário de avaliação do *website* é de 30 minutos.
- O estudo acarretará um mínimo risco de constrangimento, o qual será amenizado com o preenchimento de forma individual do questionário e no horário conveniente para o especialista.
- Possui como benefício indireto a autorreflexão do profissional a respeito da forma de auxiliar os familiares no processo do cuidado ao prematuro e, após a avaliação do *website* e futura divulgação do mesmo para o público-alvo, o estudo trará como benefício um veículo de transmissão de informação para auxiliar os familiares do prematuro no entendimento do processo do cuidado hospitalar e para desenvolver o cuidado ao prematuro no domicílio.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e 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 nesta pesquisa (questionário) ficarão armazenados em pasta de arquivos e no computador pessoal da pesquisadora principal e sob a responsabilidade desta no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

Você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

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 extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você 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: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do Pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO ESPECIALISTA:

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo **Cuidados com o prematuro: construção e avaliação de um website para informação da família**, 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.

Recife, ____/____/____

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 - INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE



Instrumento de avaliação do *website* sobre cuidados com o prematuro



Este é um instrumento para avaliação do *website* sobre cuidados com o Prematuro. O instrumento foi adaptado daquele desenvolvido e validado por Marques e Marin (2002), e está estruturado em duas partes: a primeira com questões referentes à sua identificação e experiência profissional, e a segunda parte com questões para a avaliação do *website*, que devem ser respondidas de acordo com a escala de satisfação disponível (1-Discordo totalmente a 5-Concordo totalmente):

I. Identificação	1- Idade:	2- Sexo:	
3- Procedência:		4- Local de trabalho:	
5- Experiência profissional no cuidado com o prematuro: (Você pode marcar mais de uma alternativa).			
<input type="radio"/> Assistência	<input type="radio"/> Docência	<input type="radio"/> Pesquisa	
Outro:			
6- Tempo de experiência profissional no cuidado com o prematuro: (Informe por área de atuação).			
7- Maior titulação:			
<input type="radio"/> Pós-doutorado	<input type="radio"/> Doutorado	<input type="radio"/> Mestrado	<input type="radio"/> Residência
<input type="radio"/> Especialização	<input type="radio"/> Graduação	<input type="radio"/> Outro	
8- Título da tese e/ou dissertação: _____			
9- É especialista em saúde da criança:		<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não
10- Possui algum trabalho científico abordando o tema prematuridade: (Você pode marcar mais de uma alternativa).			
<input type="radio"/> Artigo(s) publicado(s)		<input type="radio"/> Projeto de pesquisa	
<input type="radio"/> Trabalho(s) em eventos científicos		<input type="radio"/> Orientação de trabalho(s)	
<input type="radio"/> Nenhuma das alternativas		Outro:	

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
II. Autoria do Website					
1- Existe indicação clara sobre o autor do <i>website</i> e sua qualificação:	1	2	3	4	5
2- Existem informações que tornem possível estabelecer contato com o autor:	1	2	3	4	5
III. Conteúdo Geral do Website					
3- No <i>website</i> as informações estão adequadas aos objetivos especificados previamente na tela intitulada "Sobre este site":	1	2	3	4	5
4- A linguagem utilizada é de fácil compreensão pelos usuários:	1	2	3	4	5
5- As informações estão organizadas de forma lógica para serem facilmente entendidas pelos usuários:	1	2	3	4	5
6- As informações apresentadas no <i>website</i> (quantidade e nível de profundidade) conseguem abranger bem o conteúdo sobre os cuidados com o prematuro:	1	2	3	4	5
7- Os <i>links</i> são adequados ao conteúdo das informações apresentadas:	1	2	3	4	5
8- As referências citadas que foram consultadas para a elaboração do <i>website</i> acrescentam valor à informação:	1	2	3	4	5
IV. Quanto à Apresentação					
9- O design gráfico do <i>website</i> favorece o aprendizado:	1	2	3	4	5
10- As imagens usadas no <i>website</i> agregam conhecimentos aos textos:	1	2	3	4	5
11- As imagens condizem com os textos a elas relacionados:	1	2	3	4	5
12- Os recursos utilizados no <i>website</i> favorecem o acesso as informações pelos usuários:	1	2	3	4	5
13- O usuário tem facilidade de navegação entre as páginas, seções ou <i>links</i> do <i>website</i> :	1	2	3	4	5
14- O <i>website</i> possui visual atraente que mantém a atenção do usuário:	1	2	3	4	5
15- O <i>website</i> está organizado de forma clara e lógica para facilitar a localização dos assuntos:	1	2	3	4	5
16- A forma de apresentação dos conteúdos contribui para o aprendizado do usuário sobre os cuidados com o prematuro:	1	2	3	4	5
V. Confiabilidade					
17- As informações apresentadas são confiáveis e contribuirão para a construção de conhecimentos sobre os cuidados com o prematuro:	1	2	3	4	5
18- As informações disponibilizadas estão atualizadas:	1	2	3	4	5
19- As fontes de referência utilizadas na elaboração do conteúdo do <i>website</i> são confiáveis e aceitáveis:	1	2	3	4	5
20- Os textos apresentados no <i>website</i> não contêm erros gramaticais:	1	2	3	4	5

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
VI. Quanto à Didática:					
21- O <i>website</i> cumpre o seu papel como recurso didático para a aprendizagem das mães e familiares sobre os cuidados com o prematuro:	1	2	3	4	5
22- O <i>website</i> motiva os utilizadores para o aprendizado:	1	2	3	4	5
23- O <i>website</i> permite o exercício da autonomia do usuário na busca pela informação:	1	2	3	4	5
24- O <i>website</i> possibilita a liberdade na consulta e exploração das informações disponíveis:	1	2	3	4	5
25- Como veículo de transmissão de informações o <i>website</i> pode auxiliar na redução da ansiedade das mães e familiares do prematuro:	1	2	3	4	5
26- O <i>website</i> é uma ferramenta que pode contribuir para o aumento da confiança das mães e familiares nos cuidados com o prematuro:	1	2	3	4	5
27- No campo da promoção de saúde o <i>website</i> possibilita que o usuário reflita sobre sua prática e tenha maior controle sobre suas decisões e ações:	1	2	3	4	5
28- O <i>website</i> pode servir como instrumento e material de referência utilizado pelos profissionais de saúde para repassar informações sobre os cuidados com o prematuro para mães e familiares:	1	2	3	4	5
VII. Sugestões e Comentários					
Sugestões de mudanças no <i>website</i>:					
Sugestões de exclusões no <i>website</i>:					
Sugestões de inclusões no <i>website</i>:					
Comentário geral sobre o <i>website</i>: (Expresse livremente sua opinião).					
Quantidade de horas utilizadas para avaliação do <i>website</i>:					

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	---	---	---

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO E SUA FAMÍLIA

Pesquisador: Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14877613.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 464.443

Data da Relatoria: 22/11/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria Inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria Inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria Inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria Inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria Inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS			
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.740-800	
UF: PE	Município: RECIFE		
Telefone: (81)2128-8588	Fax: (81)2128-8588	E-mail: cepcos@ufpe.br	