



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-
GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

NAÉLIA VIDAL DE NEGREIROS SILVA

**EFEITO DA UTILIZAÇÃO DO *WEBSITE* EDUCATIVO PARA A
PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS**

RECIFE

2016

EFEITO DA UTILIZAÇÃO DO *WEBSITE* EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS

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

Linha de pesquisa: Saúde da Família nos cenários do Cuidado de Enfermagem

Área temática: Enfermagem neonatal e o cuidado à família.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Coorientadora: Profa. Dra. Cleide Maria Pontes

RECIFE

2016

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

S586e Silva, Naélia Vidal de Negreiros.
Efeito da utilização do website educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros / Naélia Vidal de Negreiros Silva. – 2016.
144 f.: il.; quad.; 30 cm.

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

1. Tecnologia. 2. Educação em saúde. 3. Promoção da saúde. 4. Instrução por computador. 5. Aleitamento materno. I. Vasconcelos, Maria Gorete Lucena de (Orientadora). II. Título.

615.83 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2016-171)

NAÉLIA VIDAL DE NEGREIROS SILVA

EFEITO DA UTILIZAÇÃO DO *WEBSITE* EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO
ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATURO

Dissertação aprovada em: 24 de fevereiro de 2016

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos - UFPE (Presidente)

Prof. Dr. Ednaldo Cavalcante de Araújo - UFPE

Profa. Dra. Marly Javorski - UFPE

Profa. Dra. Rosalie Barreto Belian - UFPE

RECIFE

2016

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda fé, força e inspiração, por ter me dado a oportunidade de nascer em um lar com pais maravilhosos, que me apoiam em tudo que faço;

Ao meu irmão Artur pela paciência com que se dispôs a me auxiliar na formatação da dissertação e pelo companheirismo em todas as horas;

À minha amiga e irmã Nayara pelo apoio e orientações nos momentos de dificuldade/ desânimo e pela alegre companhia, sabia que sem essa força eu não teria chegado até aqui;

À minha orientadora Profa. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos pela parceria estabelecida e apoio nos momentos de desânimo;

À minha coorientadora Profa. Cleide Maria Pontes pelas orientações e palavras de incentivo, saiba que levarei os seus ensinamentos sempre comigo, estes me deram força para seguir forte na caminhada;

À profa. Luciana Pedrosa Leal pelas sugestões metodológicas relevantes que serviram de base para esse estudo;

Ao profº. Alessandro Henrique pelo apoio estatístico e parceria estabelecida;

Aos amigos do mestrado da turma T5 pelo compartilhamento de momentos e de conhecimento durante esses dois anos de convívio;

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e aos companheiros dos grupos de pesquisa por proporcionar o compartilhamento de conhecimento e críticas para a melhoria desta dissertação;

À coordenação do mestrado e a todos da Secretaria que auxiliaram durante as dúvidas referentes aos prazos, normas entre outras;

Aos meus familiares por entender os meus momentos de ausência durante esse período e pelo carinho, torcida e confiança diante de minhas escolhas;

Aos meus amigos Gleice, Jader, Nayara e Murilo responsáveis pelos meus melhores momentos de dispersão durante essa etapa do mestrado;

Aos professores da banca examinadora Marly Javorski (UFPE), Ednaldo Cavalcante de Araújo (UFPE) e Rosalie Barreto Belian (UFPE) pela disponibilidade e contribuições para o aprimoramento da minha dissertação;

A todas as mães de prematuros por disponibilizarem o seu tempo para participar dessa pesquisa, mesmo diante das preocupações e angústias da maternidade precoce.

“O homem não é nada além daquilo que a educação faz dele.”

Immanuel Kant

RESUMO

O *website* educativo sobre aleitamento materno do prematuro, desenvolvido pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, que em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (PPGEnf/UFPE), foi aplicado na região Nordeste para verificar a adequabilidade à realidade local. Objetivo: avaliar o efeito do uso do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em mães de prematuros. O artigo de revisão integrativa teve por objetivo identificar as tecnologias em saúde e as contribuições delas para a promoção do aleitamento materno. A amostra incluiu 24 publicações nas bases de dados: LILACS, SCOPUS, MEDLINE e CINAHL; entre 2004 e 2014; nos idiomas português, inglês e espanhol. As 19 tecnologias selecionadas foram classificadas em gerenciais, educacionais e assistenciais. O uso combinado das mesmas apresentou resultados positivos para o processo de aleitar e nove publicações encontraram associação positiva entre o uso de tecnologias com o aumento das taxas de aleitamento materno. O primeiro artigo original avaliou o efeito do uso do *website* educativo para a prática do aleitamento entre mães de prematuros. Pesquisa quantitativa com delineamento quase-experimental em dois Hospitais Amigos da Criança composta por 63 mães, 31 do grupo intervenção e 32 do controle. Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2015 por meio de dois instrumentos: um questionário semiestruturado para caracterização da amostra e uma escala de Likert, referente ao conteúdo e aparência do *website*. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, teste do Qui-quadrado e risco relativo. Os achados indicam um aumento significativo de 38% (RR-1,38) da prevalência do aleitamento materno no grupo intervenção após um mês da avaliação inicial. O uso do *website* foi um dos contribuintes para o aumento do aleitamento entre as mães participantes da intervenção. O segundo artigo original descreveu a avaliação das usuárias sobre aparência e conteúdo do *website* educativo. Pesquisa transversal e descritiva, realizado com 35 participantes. Para a análise, utilizou-se a estatística descritiva por meio de frequência simples, obteve-se mais de 70% de concordância para todos os itens da escala, sendo adequadamente avaliada pelas usuárias. As mães consideraram que aprenderam sobre aleitamento materno do prematuro e referiram facilidade e satisfação com o uso da tecnologia educativa.

Descritores: Tecnologia; Educação em saúde; Promoção da saúde; Instrução por computador; Aleitamento materno.

ABSTRACT

The educational website on maternal premature lactation developed by Ribeirão Preto College of Nursing, which in partnership with the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Pernambuco (PPGenf / UFPE), was applied in the Northeast to check their suitability the local reality. Objective: To evaluate the effect of using the educational website for the practice of breastfeeding in mothers of premature infants. The integrative review article aimed to identify the health technologies and their contributions to the promotion of breastfeeding. The sample included 24 publications in databases: LILACS, SCOPUS, MEDLINE and CINAHL; between 2004 and 2014; in Portuguese, English and Spanish. The 19 selected technologies were classified as management, education and welfare. The combined use of these tested positive for the process suckle nine publications found a positive association between the use of technologies with increasing breastfeeding rates. The first original article evaluated the effect of the use of the educational website for the practice of breastfeeding among mothers of premature infants. Quantitative research with quasi-experimental design in two Baby-Friendly Hospitals composed of 63 mothers, 31 in the intervention group and 32 control. Data were collected from September to November 2015 using two instruments: a semi-structured questionnaire to characterize the sample and a Likert scale, referring to the content and appearance of the website. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and relative risk. The findings indicate a significant increase of 38% (RR 1.38) in the prevalence of breastfeeding in the intervention group after one month of the initial evaluation. The use of the website was one of the contributors to the increase in breastfeeding among participating mothers of the intervention. The second original article described the evaluation of users on appearance and content of the educational website. Transversal and descriptive study, conducted with 35 participants. For the analysis we used descriptive statistics by simple frequency, obtaining more than 70% agreement for all items of the scale, it is properly assessed by users. Mothers felt they learned about breastfeeding the premature and mentioned ease and satisfaction with the use of educational technology.

keywords: Technology; Health education; Health promotion; Computer instruction; Breastfeeding.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Publicações sobre tecnologias desenvolvidas ou utilizadas para a promoção do aleitamento materno entre 2004 e 2014. Recife, PE, Brasil, 2015	35
Figura 1 – Fluxograma um da navegação e conteúdo acessado pelo usuário	42
Figura 2 - Fluxograma dois da navegação e conteúdo acessado pelo usuário	43
Figura 3 – “ <i>Interface</i> ” do <i>website</i> (posterior ao cadastro do usuário)	44
Figura 4 – Fluxograma das etapas do estudo	57
Figura 5 – Foto da usuária durante a intervenção com o <i>website</i>	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AME - Aleitamento Materno Exclusivo

AVA - Ambiente Virtual de Aprendizagem

BLH – Banco de Leite Humano

BPN - Baixo Peso ao Nascer

CISAM - Centro Integrado Saúde Amaury Medeiros

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CERN - Conselho Europeu para Pesquisas Nucleares

CMC - *Computer Mediated Communication*

CAI - *Computer Assisted Instruction*

CASP - *Critical Appraisal Skills Programme*

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG - Idade Gestacional

GC - Grupo controle

GI - Grupo intervenção

HAM - Hospital Agamenon Magalhães

HBL - Hospital Barão de Lucena

HC - Hospital das Clínicas

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IMIP - Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LM – Leite materno

MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MeSH - *Medical Subject Headings*

MS - Ministério da Saúde

OBJN - *Online Brazilian Journal of Nursing*

PIG - Pequeno para Idade Gestacional

PubMed - Publisher Medline

PPGENf - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

TALE - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Geral.....	19
2.2 Específicos.....	19
3 HIPÓTESES.....	20
3.1 Hipótese H0.....	20
3.2 Hipótese H1.....	20
3.3 Hipótese H2.....	20
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	21
4.1 A Prematuridade e suas repercussões para o sistema de saúde	21
4.2 Benefícios do aleitamento materno para prematuros e o preparo para a sua prática	23
4.3 Aplicação de tecnologias educativas digitais para promoção do aleitamento materno	27
5 MÉTODO.....	33
5.1 Primeiro artigo - Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa	33
5.1.1 1ª Etapa: Identificação da questão de pesquisa do estudo.....	33
5.1.2 2ª Etapa: Busca na literatura.....	34
5.1.2.1 Critérios de Inclusão.....	34
5.1.2.2 Critérios de Exclusão.....	35
5.1.3 3ª Etapa: Categorização dos estudos e extração dos dados.....	36
5.1.4 4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão.....	36
5.1.5 5ª Etapa: Discussão e interpretação dos resultados.....	37
5.1.6 6ª Etapa: Síntese das informações evidenciadas nos artigos.....	38
5.2 Artigos originais: Efeito do <i>website</i> educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros; Avaliação de usuárias da Região Nordeste sobre conteúdo e aparência do <i>website</i> “Aleitamento Materno do Prematuro”	39
5.2.1 Delineamento do estudo.....	45
5.2.2 Local	45
5.2.3 População e amostra.....	47

5.2.3.1 Critérios de inclusão.....	48
5.2.3.2 Critérios de exclusão.....	49
5.2.3.3 Critérios de perda.....	49
5.2.4 Instrumentos de coleta de dados.....	49
5.2.5 Definição das variáveis.....	50
5.2.5.1 Variável Dependente.....	50
5.2.5.2 Variáveis Independentes	51
5.2.5.3 Variáveis relativas à Escala de Likert.....	54
5.2.6 Operacionalização da coleta de dados.....	54
5.2.7 Tratamento e análise dos dados.....	60
5.2.8 Aspectos éticos e legais – Riscos e benefícios.....	60
6 RESULTADOS	63
6.1 Artigo de Revisão Integrativa - Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura.....	63
6.2 Primeiro Artigo Original - Efeito da utilização do <i>website</i> educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros.....	88
6.3 Segundo Artigo Original - Avaliação das usuárias sobre conteúdo e aparência do <i>website</i> “Aleitamento Materno do Prematuro”: um estudo descritivo.....	105
7 CONCLUSÃO.....	119
REFERÊNCIAS	121
Apêndice A – Formulário de caracterização da amostra.....	128
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	130
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Para o responsável legal pelo menor de 18 anos).....	132
Apêndice D – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.....	134
Anexo A – Escala de Avaliação Subjetiva do <i>website</i>	136
Anexo B – Carta de anuência do Hospital Barão de Lucena.....	137
Anexo C - Carta de anuência do Hospital Agamenon Magalhães.....	138
Anexo D – Parecer Consubstanciado do CEP.....	139

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é considerada o nascimento antes da 37ª semana de gestação. As taxas continuam crescentes em todas as regiões brasileiras, em 2000, nasceram 6,7% de crianças prematuras em relação ao total de nascidos vivos, enquanto, em 2011, tal percentual aumentou para 9,8%, o qual configurou um problema de saúde pública.¹ Estima-se que, no mundo, nasçam cerca de 15 milhões de bebês prematuros, ao ano, em uma proporção de mais de um para cada 10 nascimentos. Mais de 80% têm entre 32 e 37 semanas e morrem por falta de cuidados simples, por exemplo, falta de calor e alimentação adequada.²

A prematuridade e as complicações resultantes dela são a principal causa de mortes neonatais evitáveis relacionadas à adequada assistência ao recém-nascido com peso superior a 1.500g; entretanto, a prematuridade evitável está, frequentemente, associada à qualidade da assistência pré-natal, por isso a importância da melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação, o parto e o nascimento³. Constitui-se um desafio para o Brasil melhorar a assistência materno-infantil e consequentemente reduzir a prematuridade e a morbimortalidade neonatal.

Os prematuros são especialmente vulneráveis a infecções e doenças, devido à instabilidade térmica, baixas concentrações de açúcar sanguíneo, além de dificuldades de respiração, alimentação e imunológicas relacionadas à imaturidade fisiológica.² Os prematuros extremos possuem ainda uma baixa reserva de carboidratos e gorduras, atuação limitada de enzimas associada ao alto metabolismo o que ocasiona maior necessidade de energia, entretanto a decisão de alimentá-los vai depender da sua maturidade intestinal.⁴

O leite materno (LM) é a melhor opção de alimentação para os recém-nascidos, independente de peso ou idade gestacional, porém nos prematuros a composição é diferenciada e adaptada às suas necessidades, o que confere benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, sociais e emocionais.⁵ A riqueza em proteínas de boa qualidade, aminoácidos livres, gorduras, vitaminas, imunoglobulinas, proporciona maior proteção contra infecções, menores índices de enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade, rehospitalizações e mortalidade.^{1,5,6}

O colostro da mãe do recém-nascido pré-termo (RNPT) tem altas concentrações de moléculas bioativas importantes para a imunidade que impedem a aderência de bactérias ao intestino, além de outras substâncias fundamentais para favorecer o crescimento e neurodesenvolvimento adequados como ácido graxo de cadeia longa, inúmeros hormônios e

fatores tróficos.^{4,5} A longo prazo, o LM contribui para melhorar o desenvolvimento neurológico e cognitivo, principalmente entre os recém-nascidos de baixo peso ao nascer.⁷ Há, ainda, implicações sobre o crescimento ósseo e a mineralização, que podem reduzir as ocorrências de doenças na vida adulta, como a osteoporose.⁸

O leite proveniente da mãe biológica promove maiores benefícios imunológicos para o neonato prematuro, pois o ambiente hospitalar confere à genitora imunidade contra os microorganismos da unidade neonatal, que por sua vez é transferida para a criança através do LM, e contribui, assim, para a proteção contra infecção hospitalar.⁹

Apesar de todos esses benefícios do leite humano, uma pesquisa sobre prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal evidenciou comportamento heterogêneo dos principais indicadores relacionados ao aleitamento materno. Do total das crianças analisadas a termo, estavam em aleitamento materno exclusivo (AME) apenas 41% dos menores de seis meses. A duração mediana do AME foi de 54 dias e do aleitamento materno 342 dias, demonstrando baixa média nacional mesmo que a prática venha sendo estimulada por campanhas e ações em todo território.¹⁰

Quanto à prevalência de aleitamento materno em prematuros, uma revisão sistemática, entre os anos de 1997 e 2008, constatou carência de estudos, entre as limitações das pesquisas, foi destacado o não acompanhamento até o sexto mês de vida dessas crianças e ausência de amostras significativas que pudessem trazer contribuições eficazes.¹¹ No Brasil, em 2010, verificou-se que durante a alta hospitalar as prevalências de aleitamento materno e AME, respectivamente, entre os RNPT foram de 80,1% e 58,3%, porém após o sexto mês essas taxas caiu para 55,5% e 22,2%, demonstrou-se, assim, a necessidade de ações efetivas para a promoção do aleitamento materno para esse grupo vulnerável ao desmame precoce.¹²

A prática do aleitamento materno em prematuros torna-se um desafio, uma vez que alguns fatores, a exemplo dos psicossociais, podem repercutir na confiança da mulher e dificultar a lactação. Além disso, somam-se as particularidades do próprio neonato e as rotinas dos serviços de neonatologia. Merece destaque a redução da produção láctea entre as mães de prematuros que está relacionada ao longo tempo de hospitalização dessas crianças, à falta de contato físico entre mãe e filho, além dos sentimentos de ansiedade, frustração e medo do fracasso do aleitamento.^{13,14,15} A prática da lactação nesse grupo é tarefa complexa, pois envolve a necessidade de suporte profissional, social e emocional à mulher e depende da maturidade neurológica e motora da criança para coordenar a sucção, deglutição e respiração.¹⁶

Na tentativa de contribuir para o sucesso de aleitamento materno, foi instituída a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), através do estabelecimento de condutas e rotinas para os profissionais da assistência para que estes contribuíssem para o impulso do aleitamento materno. Após a sua implantação, a prevalência do aleitamento materno entre prematuros na alta passou de 36% para 54,7%, o que comprova a eficácia desta iniciativa para saúde materno-infantil.¹⁷ O Método Canguru, com a mesma perspectiva do IHAC, requer a atuação de uma equipe multiprofissional capacitada e pretende fortalecer o vínculo entre os pais e o recém-nascido por meio do estímulo ao contato pele a pele e da participação ativa desses pais nos cuidados com o prematuro e, conseqüentemente, estimular o aleitamento materno.⁴

A equipe que atende ao prematuro e família deve fornecer suporte emocional, informativo e educativo para encorajar o aleitamento materno e preparar os pais para os cuidados com o bebê.⁴ A adoção de ações educativas em saúde pode proporcionar às mães: o esclarecimento de dúvidas e discussão de aspectos referentes às características do prematuro, amamentação e cuidados com a criança; o envolvimento da família nos cuidados com o recém-nascido; um espaço para descontração e compartilhamento de sentimentos afins; e a promoção do vínculo afetivo com os profissionais envolvidos na assistência ao prematuro.¹⁵

No que se refere às ações educativas sobre o aleitamento materno, as estratégias de incentivo não devem estar focadas no aspecto biológico, mas nas dificuldades vivenciadas pela mãe e familiares, visto que vários fatores interferem na sua prática sejam eles culturais, sociais ou fisiológicos.¹⁵ O fato é que a prática dos profissionais de saúde, às vezes impositiva, para o estabelecimento e manutenção do aleitamento exclusivo não garante a sua manutenção no domicílio.¹³

Neste sentido, a equipe de saúde envolvida na assistência deve considerar e respeitar as dificuldades e limitações de cada mulher para o aleitamento, de acordo com cada realidade.¹⁸ Com tal enfoque, ambientes educativos que utilizem estratégias centradas no diálogo e escuta ativa proporcionam o compartilhamento de experiências e conhecimentos, tanto das mães, quanto dos familiares e profissionais da saúde, e podem contribuir para o estímulo à amamentação.¹⁹

O baixo suprimento de leite das mães dos prematuros ocasiona um maior fornecimento de leite materno proveniente de doadoras de bebês a termo nas unidades neonatais, entretanto este alimento não está adaptado às necessidades dos prematuros.⁵ A primeira opção de alimento para o RNPT é o leite da própria mãe, portanto, em casos de indisponibilidade deste,

o oriundo do banco de leite é o que oferece maiores vantagens quando comparados com as fórmulas infantis. Durante o processamento realizado, contudo, pelo banco de leite ocorre a perda de algumas propriedades do leite humano, o que o torna inadequado para as necessidades nutricionais do prematuro.⁹

Assim, é um desafio para os serviços de saúde estimular a ordenha para aumento e manutenção da produção láctea dessas mães. A adoção de estratégias educativas nas unidades neonatais pode ser capaz de aumentar as informações referentes à prática da lactação e aumentar as taxas de aleitamento materno.^{20,21} As tecnologias, no contexto supracitado, são recursos auxiliares utilizados para facilitar o processo de construção do conhecimento e capazes de proporcionar a participação de todos no processo educativo, aumentando a autonomia e construção da cidadania dos envolvidos.²²

A criação e utilização de novas tecnologias, tais quais as mediadas pela *internet*, já são incorporadas às necessidades educacionais da sociedade na tentativa de contribuir para o enriquecimento do processo de educação em saúde sobre aleitamento a partir da autonomia do indivíduo.²³ Tecnologias podem ser, efetivamente, usadas para educar os indivíduos para promover o aumento do conhecimento e atitudes, a partir da adoção de comportamentos mais saudáveis.^{24,25} Estas ferramentas são úteis para a compreensão dos benefícios da amamentação através da aquisição de informações de um modo inovador.¹⁹

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2013, mais de 85,6 milhões de pessoas, maiores de 10 anos de idade, declararam ter acessado a *internet*, o que revela um aumento de 2,6 milhões de novos internautas no intervalo de um ano. Ainda no mesmo ano, Pernambuco apresentou uma média nacional de uso da *internet* por computador de 42,7%, semelhante à média nacional de 42,4%, configurando a *internet* como um recurso promissor de fonte de informação no país e estado.²⁶

Na área da educação em saúde, o uso do computador e da *internet* tem facilitado o acesso à informação, pois proporciona uma melhoria nas práticas de saúde existentes. A adoção de novas estratégias educacionais pode promover transformação das experiências de ensino e aprendizagem nesta área.²⁷ No Brasil, a utilização de tecnologias com objetivos educacionais já é uma realidade sobre a temática aleitamento materno, em especial entre enfermeiros, e visa instruir as mães sobre a importância da prática e auxiliar no manejo, por meio de textos, vídeos, ambiente *web*, áudios, *chats*, fóruns de discussão e jogos educativos.²³

Ambientes digitais a exemplo dos *websites* mediados pela *internet* e computador, a depender do contexto utilizado, também são denominados de ambientes virtuais de

aprendizagem (AVA), tecnologias integradoras e abrangentes que auxiliam e facilitam o desenvolvimento do processo educacional.²⁸ Tais tecnologias possibilitam a comunicação, interação e o compartilhamento de ideias e de informações entre os indivíduos para a construção de uma aprendizagem autônoma, pois podem ser empregadas nas ações de educação em saúde e no âmbito educacional.^{23,28}

Não basta desenvolver e criar ferramentas tecnológicas que colaborem de modo complementar com o processo de ensino-aprendizagem, mas é fundamental avaliá-las através de estudos que comparem os resultados e façam uma investigação mais aprofundada sobre essas tecnologias.²⁹ Em relação aos ambientes digitais, eles ao longo de próprio desenvolvimento, devem passar por avaliações de usabilidade para que sejam feitas as devidas adequações a fim de facilitar a navegação pelo usuário.^{24,25} Deve-se atentar para tanto, pois resultados negativos podem estar relacionados a dificuldades no manejo do computador e da *internet*.²⁵

Assim, em 2011, foi construído e validado o *website* “Aleitamento Materno do Prematuro” por pesquisadores do Grupo de Pesquisa e Estudos sobre o Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP), com o intuito de contribuir para o conhecimento dos familiares de prematuros internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.³⁰ A pesquisa foi resultado de uma parceria estabelecida entre os pesquisadores que desenvolveram a referida tecnologia e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que aplicou o referido recurso tecnológico para avaliar o efeito do uso do *website* para prática do aleitamento materno e a adequabilidade à realidade local.

As avaliações de usabilidade dos ambientes digitais são necessárias para identificar a facilidade de navegação pelo usuário, enquanto a realização de estudos de cunho experimental comprovam as reais contribuições dessas tecnologias para a promoção do aleitamento materno. No contexto referido, o desenvolvimento e aplicação dessas tecnologias no papel de promotoras do aleitamento materno têm sido, cada vez mais, inseridos no âmbito da saúde, tais quais *website*³¹ e computador interativo³², contudo, nem todas são capazes de aumentar as taxas de aleitamento materno.³¹ No presente estudo, portanto, pretende-se responder a seguinte questão de pesquisa: “Qual o efeito do uso de um *website* educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros?”

Em consonância com o estabelecido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, a

presente dissertação foi estruturada em cinco seções: introdução, revisão de literatura, métodos, resultados (formato de um artigo de revisão e de dois artigos científicos que serão encaminhados à publicação) e conclusão.

A seção de revisão de literatura apresenta a fundamentação da pesquisa constituída pela temática do aleitamento materno em recém-nascido pré-termo, os benefícios e o uso das tecnologias digitais para a promoção do aleitamento materno entre o grupo. Enquanto a seção do método descreve a construção dos artigos científicos.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em três formatos: artigo de revisão integrativa e dois artigos originais. O artigo de revisão intitulado “Tecnologias em saúde para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura” foi submetido à revista Qualis B1 para a enfermagem. O objetivo da revisão integrativa foi identificar as tecnologias em saúde e as contribuições para a promoção do aleitamento materno.

O primeiro artigo original, “Efeito do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros”, será submetido a uma revista Qualis A1 para a enfermagem. Este estudo teve como objetivo: avaliar o efeito do uso de um *website* educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros.

O segundo artigo original intitulado: Avaliação das usuárias sobre conteúdo e aparência do *webiste* “Aleitamento Materno do Prematuro”: uma pesquisa descritiva será submetido a uma revista Qualis B1 para a enfermagem. Este teve como objetivo descrever a avaliação das usuárias sobre aparência e conteúdo do *website* educativo.

Os resultados desses artigos demonstram a crescente demanda do uso de tecnologias educativas para a prática assistencial de saúde, em especial na Enfermagem, como ferramentas auxiliares nas ações de educação em saúde, capazes de contribuir para a aquisição de informações sobre o aleitamento materno e para a sua prática. A amamentação entre prematuros, contudo, é um evento complexo que envolve não apenas a aquisição de informações, mas é o reflexo de inúmeros aspectos relacionados às características do prematuro, ao apoio e suporte da família e do sistema de saúde.

Pesquisadores da área de Enfermagem têm-se destacado no desenvolvimento e aplicação das tecnologias no âmbito da saúde conforme identificado no artigo de revisão integrativa desta dissertação, para tanto, espera-se que as evidências científicas produzidas possam subsidiar a prática assistencial e de educação em saúde, especificamente, às mães dos prematuros por meio do *website* educativo. Nesta perspectiva, a intervenção com a referida tecnologia poderá ser aprimorada e utilizada de modo complementar às ações educativas já

existentes e instituídas pela equipe multiprofissional de saúde das unidades neonatais e contribuir para a aquisição de informações e para apoiar a prática do aleitamento materno na Região Nordeste.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar o efeito do uso de um *website* educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros.

2.2 Específicos

- Comparar os padrões de aleitamento materno entre os grupos intervenção e controle;
- Descrever a avaliação sobre aparência e conteúdo do *website* entre usuárias da Região Nordeste.

3 HIPÓTESES

3.1 Hipótese H0

- O percentual de aleitamento materno em prematuros, após 30 dias do contato inicial, será igual entre as participantes da intervenção, quando comparadas com as participantes que não receberam a intervenção.

3.2 Hipótese H1

- O percentual de aleitamento materno em prematuros, após 30 dias do contato inicial, terá aumento entre as participantes da intervenção, quando comparadas com as participantes que não receberam a intervenção.

3.3 Hipótese H2

- O percentual de aleitamento materno em prematuros, após 30 dias do contato inicial, terá redução entre as participantes da intervenção, quando comparadas com as participantes que não receberam a intervenção.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A Prematuridade e suas Repercussões para o sistema de saúde

A média nacional de nascidos vivos prematuros, em 2010, foi de 7,1%, enquanto, em 2011, foi de 9,8%,³³ o aumento pode estar relacionado ao ajuste de qualidade do sistema de informação. Países com sistemas de saúde mais estruturados, a exemplo dos Estados Unidos e do Canadá, apresentam percentuais superiores ao nosso, respectivamente, 12%³⁴ e 10%,³⁵ contudo o percentual de prematuros no Brasil ainda é subestimado.

Na Região Nordeste, a prematuridade apresenta incidência elevada e, em Pernambuco, no ano de 2012, nasceram 17.353 prematuros que correspondem a 12,09% do total de nascidos vivos.³³ Em Recife, a prematuridade é considerada um sério problema de saúde pública e apresentou incidência de 28,74% do total de nascimentos em um Hospital de Alto Risco Materno-Infantil.³⁶

Dados do IBGE mostram que no Brasil, 66% dos óbitos dos menores de um ano ocorrem ainda no primeiro mês de vida e destes 51% acontecem nos primeiros sete dias de vida. Entre as principais causas de morte na primeira semana de vida estão a prematuridade, a asfixia neonatal intraparto e as infecções.³⁷

Um estudo de série histórica, na Região Nordeste, entre 1995 a 2006, por meio de dados da Declaração de Nascido Vivos, constatou entre os preditores de óbito neonatal: a prematuridade com um percentual médio de 22,4% e o Baixo Peso ao Nascer (BPN) com 22,8%. Os números são elevados e progressivos, além de evidenciarem problemas no desenvolvimento intrauterino.³⁸

A prematuridade pode ser classificada de acordo com a idade gestacional (IG) do nascimento da criança: pré-termo limítrofe, entre 37 e 35 semanas; moderado, entre 34 e 31 semanas; extremo, entre 30 e 24 semanas.³⁹ Os RNPT, a depender da idade gestacional, requerem cuidados específicos e intensivos. A sobrevivência de prematuros extremos tem aumentado, principalmente em países de altas rendas, devido à assistência neonatal adequada. A mortalidade neonatal tem decrescido, porém de uma forma mais discreta, nos países de baixa renda.²

No Brasil, do total de óbitos de nascidos vivos no ano de 2012 cerca de 50% tinham IG inferior a 37 semanas de gestação, o que indica uma alta prevalência da mortalidade

neonatal em prematuros. Na região Nordeste, o total de óbitos em prematuros representou mais de metade do total dos óbitos, equiparou-se com a média nacional.⁴⁰

A redução na mortalidade infantil entre prematuros está associada à eficácia da introdução da tecnologia e sofisticação na unidade de terapia intensiva neonatal com melhora dos cuidados prestados aos RN vulneráveis.^{2,41} A qualidade da assistência neonatal refere-se a uma estrutura dos serviços, dos recursos humanos, dos materiais e procedimentos tecnológicos buscando atender as necessidades dos envolvidos nesse cuidado.⁴²

A mortalidade neonatal também está associada ao BPN, sendo uma importante causa indireta de mortalidade neonatal associada ao nascimento prematuro e de ser Pequeno para Idade Gestacional (PIG). O BPN é classificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como: baixo peso - inferior a 2.500g; muito baixo peso – inferior a 1500g; extremo baixo peso – inferior a 1000g. A prevalência global de BPN é de 15,5% o equivale a cerca de 20 milhões de crianças com BPN ao ano.⁴³ No Brasil, cerca de 10% dos nascidos vivos apresentam BPN, em sua maioria associados ao Crescimento Intrauterino Retardado.⁴⁴

A prematuridade e o BPN ainda são desafios a serem enfrentados pelas famílias e pelo sistema de saúde, pois ocasionam inúmeras repercussões associadas a alterações no desenvolvimento comportamental e neurológico das crianças. Nos prematuros, a causa das alterações citadas é devida ao reduzido volume cerebral o que pode levar a baixos escores cognitivos e maior incidência de déficit de atenção, enquanto nos de baixo peso está associada à falta de oxigênio e sepse que acarretam morte neuronal e futuros estresses e ansiedade de crianças nascidas pré-termo.^{35,45}

Entre as consequências da prematuridade estão os prejuízos para o desenvolvimento infantil (cognitivos, desenvolvimento motor, autocuidado, socialização e linguagem) no primeiro ano de vida. Acredita-se, contudo, que um ambiente estimulador associado a práticas educativas adequadas possa minimizar, ou até mesmo impedir os prejuízos ao desenvolvimento infantil do prematuro quando precocemente aplicados.⁴⁶

A adoção de estratégias que fortaleçam o vínculo entre os pais e prematuro como o Método Canguru melhora não apenas o desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo da criança, mas também promove o aleitamento materno.⁴ Assim,, o leite da mãe do prematuro é a melhor opção de alimento para a criança por conta da composição de nutrientes adaptada às necessidades e limitações das funções fisiológicas deste.^{4,5}

4.2 Benefícios do aleitamento materno para prematuros e o preparo para a sua prática

A gravidez interrompida de forma precoce tem revelado inúmeros entraves enfrentados, principalmente pela genitora, por isso a relevância do apoio tanto dos familiares quanto da equipe de saúde para o enfrentamento dessas dificuldades. Entretanto, mesmo diante das dificuldades, a maioria das mães de prematuros consegue enxergar a amamentação como importante ou essencial, além de ser uma prática capaz de fortalecer o vínculo com o filho.⁴⁷

O aleitamento materno é considerado uma estratégia natural de vínculo, proteção, afeto e nutrição, também, uma intervenção econômica, sensível e eficaz para a redução da morbimortalidade infantil. A amamentação promove repercussões positivas: o estado nutricional da criança, a melhora na habilidade de se defender contra infecções, a influência na fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, além de implicações na saúde física e psíquica da mãe.⁴⁸

A composição do leite materno entre mães de prematuros, em especial do colostro, apresenta maiores concentrações de nutrientes (proteínas, aminoácidos, lactose, glicoaminoglicanos) e de moléculas bioativas (lactoferrina, imunoglobulinas, fatores de crescimento, fatores de necrose tumoral). Essas concentrações conferem uma maior proteção às doenças e auxílio para o neurodesenvolvimento desses RN devido às imunoglobulinas e fatores de crescimento.^{5,48} Os glicosaminoglicanos parecem ter função preventiva na aderência de enterobactérias; os oligossacarídeos contribuem para a formação da flora pré-biótica, compete com as bactérias por ter a estrutura similar aos enterócito.⁵

São inquestionáveis os benefícios biológicos e imunológicos proporcionados pelo leite da própria mãe aos prematuros pela composição de nutrientes e células ativas adequadas às necessidades deste grupo, quando comparados com o leite termo ou leite pasteurizado. O último tipo perde parte dos nutrientes e células ativas durante o processo de pasteurização.^{9,48}

O LM, além de conferir maiores vantagens imunológicas durante o internamento para o pré-termo, também promove ganho de peso adequado, principalmente se associado à ordenha do leite posterior, que possui até três vezes mais gordura que o anterior.⁹ A ordenha, no grupo referente, deve ser precoce, de preferência nas primeiras 12 horas de vida da criança, pois está associado a maiores chances de aumentar o tempo de amamentação.^{6,16} O encorajamento ao estímulo precoce da amamentação entre as mães dos RNPT faz-se

necessário, pois o atraso no início da ordenha e a inibição da ejeção láctea devido às ansiedades e preocupações com o prematuro podem acarretar leite insuficiente.^{4,9}

O método canguru pode ser um aliado nesse momento e surgiu como uma estratégia para fortalecimento do vínculo entre mãe e prematuro, sendo introduzido no Brasil em 1990 e definido como uma política pública incorporada às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Ele está baseado, portanto, no princípio da humanização da assistência que reduz o tempo de separação entre mãe-bebê, favorece o vínculo entre eles e promove a amamentação.⁴ Entre os impactos da implantação do método canguru estão: controle térmico adequado, redução do risco de infecção e de estresse, aumento nas taxas amamentação, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN, melhora no fortalecimento do vínculo entre a família e profissionais de saúde, redução das reinternações.⁴⁹

Ações de educação em saúde podem contribuir para o encorajamento da amamentação precoce em mães de prematuros, visto que promovem o aleitamento materno, facilitam o relacionamento entre cliente e profissional da saúde. Nesse contexto, a utilização de tecnologias educativas deve ser estimulada nas ações de educação em saúde e as mais aplicadas para promover a amamentação foram os vídeos e filmagens.⁵⁰ Essas tecnologias podem atuar como ferramentas complementares às ações educativas para promover a compreensão dos benefícios referentes à amamentação de prematuros, por meio de instrumentos inovadores e aliados nas ações de promoção da saúde.²³

Durante o período de internação do prematuro na Unidade Neonatal, as mães devem receber orientações referentes à importância do aleitamento, ordenha mamária, além dos cuidados com seus bebês. A implantação de programas de educação em saúde criativos e participativos pode promover a formação dos vínculos afetivos entre a enfermeira e as mães/família e a socialização de conhecimento sobre cuidados com a criança e preparo para alta hospitalar em Unidades Neonatais que proporcionem uma assistência de qualidade às famílias.¹⁴

As ações educativas voltadas para o aleitamento materno começaram a ser implantadas a partir da IHAC, criada em 1990 pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Essa necessidade educativa surgiu em resposta ao chamado para a ação da Declaração de Innocenti, conjunto de metas criadas com o objetivo de resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso.⁸

A IHAC está inserida na estratégia global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância desde 2002 pela OMS/UNICEF, ambos preconizam o AME até o sexto mês e sua continuidade de modo complementar até os dois anos ou mais de vida. Dados da Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno, nos municípios brasileiros de 2011, constatou que a duração média de AME foi maior em crianças que nasceram em Hospital Amigo da Criança (60, 2 dias) que em outros hospitais não intitulados Amigo da Criança (48,1 dias), demonstrou a eficácia dessa estratégia para o aumento da duração média de AME.⁸

O profissional da saúde precisa estar preparado, pois, por mais competente que seja nos aspectos relacionados à prática da amamentação, o trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno não terá sucesso se ele não tiver um olhar atento e abrangente. Assim, os profissionais devem sempre considerar os aspectos envolvidos em sua prática como os emocionais, a cultura familiar, a rede social de apoio à mulher, entre outros. E esse olhar sensível deve sempre reconhecer a mulher como principal atuante do seu processo de amamentar, valorizando-a, escutando-a e empoderando-a, sem desvalorizar o papel dos outros membros da família.⁵¹

Nesse âmbito, os grupos de apoio são estratégias eficazes para promover a interação entre os profissionais das Unidades Neonatais e os familiares dos prematuros ao proporcionar a formação do vínculo e troca de informações sobre o processo do cuidado durante o período de internação dessas crianças. A formação dos grupos considera o cuidado centrado na família e não apenas na figura da criança, inclui todos os membros da família no contexto do cuidado de saúde.^{13,51}

O modelo do cuidado biotecnológico ainda se sobrepõe ao modelo de cuidado humanizado centrado na família nas Unidades Neonatais, porém há uma necessidade de mudança do atual perfil, pois os pais sentem-se impotentes diante do seu papel natural e da tomada de decisões sobre os seus filhos. A proposta de mudança desse modelo reforça a competência parental, a reformulação da prática e das intervenções educativas dos profissionais de saúde com objetivo de estimular a atuação dos pais de maneira mais participativa nesse cuidado.⁵²

Pesquisas sugerem que o sucesso da amamentação está relacionado a três fatores: manejo da técnica adequada, compreensão da importância de amamentar e decisão da mãe em colocá-la em prática.⁵³ Entre prematuros, entretanto, o sucesso não é apenas resultado de orientações para a prática, mas também de intervenções que contemplem as dificuldades

vivenciadas pela mãe. Assim, as orientações devem incluir todos os membros da família para que haja o apoio à mulher para a amamentação e fortalecimento do vínculo entre eles e o recém-nascido, visto que o aleitamento materno entre prematuros é um processo complexo que requer o envolvimento dos profissionais de saúde, da família e da rede social de apoio à mulher para a prática.¹⁴

A percepção das mães dos prematuros sobre a prática do aleitamento revela que a maioria delas apresenta-se ansiosa e depressiva com a impossibilidade de amamentar os filhos logo após o nascimento. Sentimentos de ansiedade e a preocupação com o filho desviam a atenção da mulher, atrasam a expressão do leite e ocasionam futura insuficiência láctea. Ademais, as normas e rotinas impostas pelos serviços hospitalares não têm contribuído para a prática da amamentação dessas mães, dificultam a construção do vínculo entre eles e o manejo da lactação. Assim, poucos dias de separação entre a mãe e o recém-nascido podem ser suficientes para interferir negativamente para a amamentação.^{14,54} Desta forma, o desmame precoce está associado a problemas de saúde na mãe ou bebê, no caso dos RN prematuros, por exemplo, prejuízos ao trabalho materno, à influência cultural e familiar.⁵⁵

Uma revisão sistemática identificou intervenções que contribuíssem para o aleitamento materno nas unidades neonatais, nela foram incluídos nesta pesquisa Austrália, Canadá, Estados Unidos, Europa e Nova Zelândia de 1990 até 2005. Os resultados mostraram que não há uma intervenção que promova mais o aleitamento, entretanto o contato pele a pele, além do apoio de mulheres que amamentavam e de programas de aconselhamento sobre amamentação foram os que estiveram mais associados com benefícios para a prática.⁵⁶

Durante todo o período da internação do prematuro na Unidade Neonatal, o apoio formal fornecido pelos profissionais e o informal recebido dos familiares são fundamentais para o aprendizado compartilhado.⁵¹ A criação de ambientes, então, que promovam ações de apoio ao aleitamento por meio da troca de experiências deve envolver a mãe, a rede social de apoio, mulheres que vivenciaram a amamentação e os profissionais de saúde. Cada membro contribui com as próprias experiências e conhecimentos, condição necessária para o estímulo individual e do grupo para uma mudança de atitude.¹⁹

Javorski et al⁵⁷ em sua pesquisa já apontava para essa perspectiva da amamentação em prematuros por ser tarefa difícil e complexa sob a ótica das mães. E as dificuldades vivenciadas pelas genitoras quase não são alvo de discussão, o que limita a visão do processo da amamentação vista no aspecto puramente fisiológico, quando deveriam ser consideradas todas as questões envolvidas em sua prática. Percebe-se ainda, contudo, a carência na criação

de ambientes de educação em saúde que extrapolem o universo materno e insiram a rede de apoio à mulher bem como os profissionais de saúde. As ações educativas devem ser encorajadoras, no sentido de apoiá-las para a prática da amamentação do prematuro a partir de suas dificuldades e não apenas sob uma visão fisiológica e idealizadora de que amamentar é sempre um ato fácil e prazeroso, visto que está cercado de aspectos subjetivos.

Os profissionais de saúde devem por sua vez, reconhecer as reais necessidades dos pais e familiares dos prematuros para prepará-los para o cuidado no âmbito hospitalar para que ele ocorra de forma satisfatória, permita a compreensão de seu papel para contribuir com o crescimento e desenvolvimento da criança.⁵⁸ Então, a abordagem da amamentação sob a óptica das dificuldades encontradas pelos pais e familiares dos prematuros no processo da amamentação pode auxiliar a inseri-los nesse cuidado e facilitar o aprendizado para sua prática.

Ações educativas para o grupo de pais e familiares são relevantes, pois os estimulam a participar de modo ativo no processo do cuidado do prematuro. E a utilização de tecnologias educativas na modalidade de *website*, no âmbito das ações de educação em saúde, pode contribuir para promover o aleitamento materno de maneira inovadora.³⁰

4.3 Aplicação de tecnologias educativas digitais para promoção do aleitamento materno

Os sistemas de comunicação em rede precursores da *internet* tiveram início durante a Guerra Fria, período de pesquisa no campo militar para fins da espionagem. Os Estados Unidos temiam que a União Soviética pudesse ter acesso a informações sigilosas e desenvolveu o ARPANet (Advanced Research Project Agency). O novo meio de comunicação permitia às pessoas o compartilhamento de informações de forma flexível e descentralizada a longas distâncias. Apenas a partir da década de 80 (Século XX), no entanto, os computadores tornaram-se acessíveis à sociedade civil e com o passar dos anos transformou-se um meio de comunicação promissor, com consequente redução de seu custo.⁵⁹

Ainda na mesma década de 80 o físico britânico Tim Berners-Lee, engenheiro de *software* do Conselho Europeu para Pesquisas Nucleares (CERN) descreveu uma proposta de compartilhamento de informações através da *internet*. Em 1990, foi desenvolvida uma ferramenta para que a *web* fosse capaz de compartilhar informações e construir um hipertexto comum, denominado de “*World Wide Web*” - rede de alcance mundial. Só em 1994, contudo,

foi disponibilizado e descentralizado o livre o acesso à ferramenta sem necessidade de permissão ou pagamento para o seu uso.⁶⁰

A *internet* é um meio de comunicação crescente para a maioria dos países e promissor, o Brasil ocupa o *ranking* de quarto maior país do mundo com maior número de usuários da *internet* e o número de acessos é crescente.⁶¹ Entre as Regiões brasileiras, o Nordeste foi a que apresentou maior percentual de aumento de acessos à *internet* no ano de 2013, logo, percebe-se que trata-se de uma fonte de informações ascendente e propícia.²⁶

O Brasil ainda é, entretanto, um país de exclusão digital, mesmo que o acesso à *internet* aumente gradativamente, estimavas sugerem que apenas cerca de 40% da população estão conectados à rede em casa ou no trabalho. A exclusão digital do brasileiro é um reflexo da exclusão social, representada pela classe com dificuldades financeiras e operacionais para utilizar a tecnologia. Assim, pessoas provenientes de locais de difícil acesso ou periferias, baixa escolaridade e renda representam o mapa da exclusão digital brasileira associada à exclusão social. Os problemas relacionados à dificuldade de acesso, portanto, são minimizados a partir de uma política pública que inclui uma série de ações de inclusão digital como as construções dos “telecentros” ou pontos de acesso público à *internet*.^{59,62}

Atualmente, são mais de 7.755 telecentros distribuídos em todo território nacional com o objetivo de prestar serviços que promovam o desenvolvimento social e econômico das comunidades atendidas. Os telecentros fornecem cursos e atividades de cultura, lazer e educação com o apoio de monitores qualificados.⁶²

Nesse contexto, o computador e a *internet* deve possibilitar o fácil e rápido acesso à informação a todas as pessoas e em qualquer lugar do mundo, desde que seja de maneira inclusiva e não discriminatória.⁶³ Os profissionais da área de informática e da saúde, em especial da Enfermagem, estão cada vez mais realizando pesquisas no campo da tecnologia educacional devido às demandas da sociedade. A aplicação de ambientes virtuais na formação dos profissionais de saúde visa contribuir de modo complementar com ações educativas presenciais e enriquecer o processo de ensino-aprendizagem para proporcionar um melhor atendimento aos usuários de saúde.²⁹

A *internet*, também conhecida como mídia ou comunicação de massas é uma fonte de informações no campo da saúde e reforça o conceito ligado à lógica da autorresponsabilização em saúde, à medida que pode contribuir para a promoção de uma sociedade saudável.⁶⁴ O uso da *internet* como veículo de informações em saúde estimula o senso de controle do usuário e a sua participação ativa na tomada de decisões sobre os aspectos relativos à sua saúde. Para

tanto, o conteúdo dos *websites* deve ser confiável, com embasamento científico, e a linguagem objetiva e de fácil entendimento.⁵⁹

A qualidade das informações oferecidas pelos ambientes virtuais deve ser questionada, pois essa modalidade de tecnologia com origem duvidosa ou desconhecida pode algumas vezes divulgar informações enviesadas.⁶⁴ O Governo Federal Brasileiro criou cartilhas que orientam desenvolvedores das tecnologias de informação e comunicação de domínio público com intuito de minimizar esses vieses e facilitar o acesso e a usabilidade dos usuários.⁵⁹

Nesse contexto, existem critérios estabelecidos para se avaliar a qualidade das informações de saúde provenientes de *websites* na tentativa de garantir que estas tenham credibilidade e permitam o fácil acesso aos usuários leigos. Tais quesitos estão relacionados com a elaboração do conteúdo que deve fornecer ao usuário: persuasão (informações claras, completas e relevantes); objetividade (informações condensadas e com reais funções); relevância (ênfase no conteúdo útil); credibilidade (fontes confiáveis); abrangência (dados completos, atuais e de fácil e rápido acesso).⁵⁹

Um estudo avaliou a qualidade das informações fornecidas por *websites* brasileiros sobre aleitamento materno, em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde, sendo analisados 103 *websites* educativos. Entre os conteúdos estavam: AME até o sexto mês de vida da criança (64,1%); duração do aleitamento até dois anos ou mais (36,9%); não recomendavam o uso de chupeta ou mamadeira (33%) ou ingestão de água e chá nos primeiros meses de vida (31,1%); introdução de outros alimentos à dieta da criança a partir do sexto mês (47,9%). Algumas páginas não faziam menção sobre informações relevantes, conforme as citadas acima e preconizadas pelo Ministério da Saúde.⁶⁴

Os usuários sempre são o ponto de partida para a escolha e desenvolvimento de um ambiente digital, logo tanto a acessibilidade quanto à usabilidade devem partir das necessidades do público alvo. Usuário refere-se a cada pessoa que terá acesso ao ambiente digital, enquanto a acessibilidade é a disponibilidade de acesso a locais, produtos, serviços ou informações por um maior número de pessoas independente de suas capacidades físico-motoras e perceptivas, sociais e culturais. A “usabilidade” mede a facilidade de uso de um determinado ambiente virtual.⁶⁵

A Norma ISO 9241/10 estabelece quesitos gerais de ergonomia aplicados ao desenvolvimento e avaliação de ambientes virtuais, são sete os itens de avaliação de satisfação dos usuários, especificamente no princípio do diálogo: **adequação à tarefa** (se o diálogo apoia o usuário em uma conclusão efetiva e eficiente de uma tarefa); **autodescrição**

(cada passo do diálogo é compreensível através de resposta do sistema ou explicado sob demanda do usuário); **controlabilidade** (o usuário controla o ritmo e direção da interação); **conformidade com expectativas do usuário** (o diálogo é consistente e corresponde às características dos usuários); **tolerância ao erro** (o resultado é alcançado com pouca ou nenhuma ação corretiva do usuário); **adequação à individualização** (se o *software* pode ser modificado para adequar-se às necessidades dos usuários); **adequação ao aprendizado** (caso o ambiente apoie e guie o usuário no aprendizado para utilização do sistema).

Logo, para se avaliar tecnologias educacionais digitais desenvolvidas é necessário pontuar aspectos ergonômicos e pedagógicos. Logo, a usabilidade por meio dos princípios da ergonomia tenta identificar dificuldades, motivações e satisfação do usuário durante a navegação no ambiente. E a avaliação pedagógica visa validar como o conteúdo apresentado pode contribuir para a aprendizagem desse usuário.⁶⁶

Todos ambientes virtuais, portanto, construídos devem passar por avaliações com critérios de usabilidade, de conteúdo e aparência, aspectos técnicos relevantes ao aprendizado. Os critérios auxiliam na identificação das dificuldades ou facilidades durante a navegação que podem favorecer ou comprometer o aprendizado.²⁵ Assim, a usabilidade facilita o acesso à informação e possibilita o maior atendimento das necessidades do usuário.⁶⁵ Existem outros padrões para avaliar tecnologias digitais, porém nesta pesquisa, optou-se por fazer avaliação entre as usuárias da Região Nordeste dos aspectos referentes à aparência e conteúdo do *website* “aleitamento materno do prematuro” para verificar a sua adequabilidade a referida região, visto que em Ribeirão Preto o *website* havia sido submetido ao mesmos critérios.

A escolha do tipo e do conteúdo da tecnologia deve partir da caracterização e da realidade do público alvo para que o recurso possibilite a construção do conhecimento produzido por eles. No referente âmbito, o nascimento de uma criança prematura envolve inúmeras adaptações e preparo da família para o cuidado com o recém-nascido. Logo, as tecnologias educativas, para tal fim, devem ser criadas a partir da necessidade dos pais para proporcionar a participação ativa deles no processo do cuidado.⁶⁷

Durante o período de internação da criança prematura, alguns serviços de saúde fornecem informações e suporte à lactação para as mães, porém por vezes elas são superficiais e não específicas para a prematuridade. Ademais, as condições de nascimento dos prematuros associadas às rotinas institucionais das Unidades Neonatais não têm contribuído para a amamentação.⁶⁸ As tecnologias educativas podem ser ferramentas relevantes para apoiar as mães de prematuros nos aspectos referentes à prática da amamentação.²³ Ações educativas

instituídas para as mães de neonatos pré-termo devem, portanto, conter informações sobre o aleitamento materno e as vantagens dele, para que, assim, tais ferramentas possam ser capazes de aumentar as taxas de amamentação no referente grupo.^{21,69}

A utilização de tecnologias educativas na modalidade digital, como *website* tem uma demanda crescente que tem sido incorporada à realidade brasileira. Nesta perspectiva, foi desenvolvido o ambiente virtual “Aleitamento Materno do Prematuro” contendo informações e orientações sobre a temática, através de textos, ilustrações, jogos, animações e simulações.²³

A tecnologia acima descrita teve como referencial teórico a conscientização e educação libertadora proposta por Paulo Freire, essa ferramenta pode ser utilizada como método complementar às atividades educativas propostas para os usuários da saúde. Assim, os ambientes virtuais podem proporcionar o ensino independente e autônomo, à medida que permitem ao usuário navegar de acordo com o assunto do próprio interesse, mas também permite o compartilhamento de experiências e informações sobre aleitamento materno.³⁰

São necessários mais estudos para revelar as reais contribuições de novas tecnologias educacionais como o *website* que forneçam um conteúdo voltado para o usuário de saúde em situação vulnerável, como mães e familiares de prematuros, visto que esse grupo tem uma maior necessidade de apoio do sistema de saúde. Desta forma, ações educativas mediadas por ferramentas digitais tem o objetivo de aumentar a aquisição de informações relevantes para a prática da lactação na tentativa de contribuir para a mudança de atitude.

Nas ações de educação em saúde também pode ser vislumbrado o cuidado prestado pela enfermagem a partir das contribuições dos legados de Paulo Freire, através de uma proposta educativa crítica e reflexiva no meio acadêmico. A formação dos profissionais de enfermagem, nessa perspectiva, visa associar teoria e prática de modo criativo para que haja uma maior reflexão sobre o conteúdo discutido por meio do diálogo entre educadores e educandos. Assim, a formação dos profissionais baseada na prática libertadora e crítica tenta valorizar o cliente, à medida que a enfermeira atua nos papéis de mediadora e aprendiz desse processo - atitude não verticalizadora - e não apenas como detentora do cuidado/saber, respeitando a autonomia dos usuários de saúde.⁶⁹

Nesse âmbito, as tecnologias digitais podem contribuir por serem ferramentas complementares de fácil acesso e utilização nas ações de educação em saúde, capazes de informar as mães sobre os aspectos inerentes da prematuridade e apoiá-las para o aleitamento materno. Tal modalidade de tecnologia deve ser foco de novas pesquisas para verificar as suas

reais contribuições no meio assistencial, especificamente para o prematuro e família, visto que são meios de comunicação promissores.²³

5. MÉTODOS

5.1 Primeiro artigo - Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa

A revisão integrativa tem por objetivo sintetizar resultados de várias publicações relevantes e reconhecidos mundialmente por meio de rápido acesso às evidências científicas. No campo da Enfermagem, o método de revisão permite a identificação de lacunas em determinada área do conhecimento e a transferência de resultados de pesquisas para a prática clínica, ao proporcionar melhoria no cuidado prestado ao usuário de saúde. A qualidade da revisão, contudo, estará relacionada à adoção de um método rigoroso e sistemático, aspectos relevantes para o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem.⁷⁰

A revisão integrativa desenvolvida, assim, nesta pesquisa permitiu identificar quais as tecnologias que têm sido aplicadas para o aleitamento materno no âmbito da saúde e como elas puderam contribuir para a sua promoção. O levantamento não foi possível entre o grupo de recém-nascidos pré-termo, entretanto, pela quantidade insuficiente de publicações na área, o que reforça a importância de construir/implantar tecnologias para esse grupo vulnerável ao desmame precoce.

A operacionalização para a construção da revisão seguiu as seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, busca na literatura; categorização dos estudos e extração dos dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; discussão e interpretação dos resultados; síntese das informações evidenciadas nos artigos.^{71,72}

5.1.1 1ª Etapa: Identificação da questão de pesquisa do estudo

A questão norteadora adotada foi: quais as tecnologias em saúde utilizadas ou desenvolvidas pela equipe multidisciplinar para a promoção do aleitamento materno?

5.1.2 2ª Etapa: Busca na literatura

A partir da pergunta norteadora foi iniciada a busca na literatura entre as seguintes bases de dados:

Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) – Índice da literatura científica composta por estudos científicos – estudos de incidência e prevalência, estudos de caso-controle, estudos de coorte, revisões sistemáticas (estudos validados) e ensaios clínicos controlados - oriundos da América Latina e Caribe;

SCOPUS – É a maior base de dados de resumos e citações de literatura científica. Fornece acesso a conteúdos de qualidade internacional nas áreas de ciência, tecnologia, medicina, ciências sociais e Artes e Humanidades;

Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) – contam citações de literatura biomédica, periódicos, livros entre outros. O livre acesso foi permitido por meio da PubMed, Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos;

Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) – Base de dados na área de Enfermagem e Saúde composta por periódicos completos, livros, dissertações, material audiovisual e *software*, publicações da Liga Nacional de Enfermagem e Associação Americana de Enfermagem.

Os estudos incluídos nas bases de dados citadas foram identificados no vocabulário estruturado e trilingue dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) a partir da associação dos Descritores “aleitamento materno”, “promoção da saúde” e “tecnologia” e suas respectivas traduções padronizadas no *Medical Subject Headings* (MeSH): “*breast feeding*”, “*health promotion*” e “*techonology*”.

Ainda nesta etapa foram definidos os critérios de inclusão e exclusão:

5.1.2.1 Critérios de Inclusão

- Estudos publicados entre os anos de 2004 e 2014;
- Publicações em português, inglês e espanhol;
- Publicação conter palavra ou descritor no título relacionado à temática;
- Tecnologias em saúde desenvolvidas ou implementadas pela equipe multidisciplinar.

A delimitação do tempo considerou o período de criação da Rede de Tecnologias Sociais (RTS) no ano de 2004 que visou mobilizar a sociedade a discutir aspectos referentes a

tecnologias sob uma perspectiva mais inclusiva e capaz de promover a melhoria da qualidade de vida da população.⁷³

5.1.2.2 Critérios de Exclusão

- Teses, dissertações, monografias, os editoriais, artigos de revisão, cartas ao editor, resumos de eventos, relatos de caso ou de experiência,

A busca na literatura entre as bases ocorreu em julho de 2014. A princípio foi realizada a pesquisa para identificar os descritores que tivessem melhor correlação com a questão norteadora, visto que os termos aleitamento materno e tecnologia têm várias definições e aplicações. Após a definição dos descritores, foram feitas as associações dos três descritores com o operador booleano *and*: aleitamento materno, promoção da saúde e tecnologia. Entretanto, na LILACS não foi originado nenhum resultado, optou-se por fazer o cruzamento dos descritores aos pares nesta base de dados, de acordo com o Quadro 1.

Cruzamentos	LILACS	SCOPUS	MEDLINE	CINAHL	TOTAL
Aleitamento materno <i>AND</i> tecnologia	06	--	--	--	06
Aleitamento materno <i>AND</i> promoção da saúde	100	--	--	--	100
Aleitamento materno <i>AND</i> promoção da saúde <i>AND</i> tecnologia	--	667	589	313	1569
Amostra	106	667	589	313	1675

Quadro 1 – Publicações sobre tecnologias desenvolvidas ou utilizadas para a promoção do aleitamento materno entre 2004 e 2014. Recife, PE, Brasil, 2015

Para selecionar as publicações que iriam compor a revisão integrativa dentre as 1675 encontradas a partir da associação dos descritores, seguiram-se as etapas:

- Leitura criteriosa de todos os títulos. Destes, foram excluídos 1037 artigos, por não conter palavra ou descritor relacionado à temática da revisão, restando 638 para análise dos resumos;
- Dos 638 resumos lidos, apenas 49 relacionavam-se com o objeto da revisão integrativa e por isso esses foram lidos na íntegra;
- Após a leitura e análise crítica das 49 publicações, foram excluídas 20 por não tratarem do tópico de interesse e 05 após a análise do rigor metodológico por meio do

instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*. Logo, a amostra final foi composta por 24 publicações: cinco da LILACS, 12 da SCOPUS, duas da MEDLINE e cinco da CINAHL.

5.1.3 3ª Etapa: Categorização dos estudos e extração dos dados

Para extração dos dados, foi utilizado um instrumento já validado⁷⁴ que foi adaptado para essa revisão, contendo: autores, ano, bases de dados, periódico, país, características metodológicas dos artigos e resultados alcançados.

As publicações incluídas, na revisão, foram enumeradas com o seguimento da ordem de citação da revisão integrativa, referências de 19 a 42. E os dados extraídos foram apresentados em uma figura e tabela ao contemplarem: autores; ano; país, base de dados; objetivo; tipo de estudo; tipo de tecnologia e sua classificação, conforme pesquisadores de Enfermagem; contribuições para a promoção do aleitamento materno.

5.1.4 4ª Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão

Após a fase de coleta de dados, procedeu-se a análise do rigor metodológico de cada publicação. Nesta etapa, foi utilizado um instrumento adaptado do CASP composto por dez itens pontuáveis que são: 1) Objetivo claro e justificado; 2) Existe adequação do desenho metodológico; 3) Procedimentos teóricos e metodológicos apresentados e discutidos; 4) Amostra selecionada de modo adequado; 5) Coleta de dados detalhada; 6) Relação entre pesquisador e pesquisados foi considerada; 7) Aspectos éticos da pesquisa respeitados; 8) Análise de dados rigorosa, fundamentada e especificam-se os testes estatísticos; 9) Resultados apresentados e discutidos com propriedade; 10) Apresenta o valor da pesquisa (notas de contribuições, limitações e necessidade de novas pesquisas).⁷⁵

Posteriormente, os estudos foram classificados em duas categorias A e B. Os artigos com pontuação entre dez e seis foram classificados na categoria A (Estudos de boa qualidade metodológica e viés reduzido), enquanto os com pontuação mínima de cinco, na categoria B (Estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado). Na revisão, optou-se por excluir os artigos com pontuação inferior a cinco na análise crítica, sendo retiradas cinco publicações nessa etapa, uma da LILACS, duas da SCOPUS, uma da MEDLINE e uma da CINAHL.

Para a análise do nível de evidência das publicações, utilizou-se o conceito proposto pela Prática Baseada em Evidências, classificada em sete níveis: nível 1, revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2, ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados; nível 3, ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, estudos de coorte e caso-controle; nível 5, revisões sistemática de estudos descritivos ou qualitativos; nível 6, estudos descritivos ou qualitativos; nível 7, opiniões de autoridades ou relatórios de especialistas.⁷⁶ As publicações de nível 7 foram excluídas desta revisão integrativa.

5.1.5 5ª Etapa: Discussão e interpretação dos resultados

Para facilitar a análise e discussão das publicações incluídas na revisão integrativa, foi utilizada a classificação de tecnologia em gerenciais, educacionais e assistenciais.⁷⁷ As tecnologias gerenciais referem-se a processos sistematizados e testados de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação) utilizadas no gerenciamento dos serviços de saúde para melhorar a sua qualidade. Elas permitem uma visão compartilhada da assistência, baseadas no diálogo entre cliente e profissional. As tecnologias educacionais não se tratam apenas da construção e uso dos artefatos ou equipamentos, mas do conjunto sistemático de conhecimento científico por meio de produto ou processo que envolva uma ação educativa formal ou informal. Elas devem ser mediadas por um educador e todos envolvidos participam de modo ativo no processo. Já as tecnologias assistenciais são resultantes da aplicação de teorias e/ou da experiência cotidiana dos profissionais e clientela, constituem-se, portanto, de um conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as dimensões.^{50,77,78,79}

A partir dessa categorização, foram apresentadas em uma figura as tecnologias utilizadas ou desenvolvidas para a promoção do aleitamento materno e suas respectivas publicações. Ainda nesta etapa, foi conduzida a discussão e interpretação dos achados desta revisão em consonância com os de outras literaturas científicas relacionadas à temática. As publicações selecionadas para a revisão revelam que a utilização de tecnologias de saúde voltadas para a promoção do aleitamento materno pode ser aplicada de modo isolado ou associado a mais de um tipo de tecnologia. E elas podem gerar contribuições ou não apresentar efeito para o aleitamento materno.

5.1.6 6ª Etapa: Síntese das informações evidenciadas nos artigos

A revisão integrativa está apresentada em formato de artigo científico e nas normas de uma revista Qualis B1 para a enfermagem em fase de análise.

5.2 Artigos originais: Efeito do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros; Avaliação de usuárias da Região Nordeste sobre conteúdo e aparência do *website* “Aleitamento Materno do Prematuro”

O presente estudo foi um subprojeto do Projeto Universal “Educação em saúde e o cuidado de enfermagem ao recém-nascido e sua família” (CAAE: 14877613.0.0000.5208) que visa produzir evidências científicas que possam subsidiar a prática assistencial e de educação em saúde entre recém-nascidos prematuros e sua família, além da criação e avaliação de tecnologias educativas/*softwares* voltados para esse grupo. Neste contexto, foi estabelecida uma parceria entre os desenvolvedores do *website* “Aleitamento Materno do Prematuro” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e PPGEnf / UFPE, a fim de aplicar a referida tecnologia na Região Nordeste.

O recurso tecnológico utilizado nesta dissertação, fruto da parceria anteriormente descrita, foi construído em uma tese de doutorado por uma pesquisadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Fundamentou-se de acordo com o referencial teórico de Paulo Freire (educação libertadora) e metodológico da *Computer Mediated Communication (CMC)* e *Computer Assisted Instruction (CAI)*. Para esta construção, utilizou-se um modelo para desenvolvimento de *website*, projeto centrado no usuário (*User-Centered Design – UCD*) que incluiu as seguintes etapas: fatores motivacionais do projeto; escolha dos temas geradores; avaliação e análise das necessidades dos usuários por profissionais da saúde atuantes em unidades neonatais; identificação de soluções, articulação dos objetivos e análises dos questionamentos; desenvolvimento e prototipagem com avaliação junto aos especialistas.³⁰

O recurso *CMC* – Comunicação Mediada por Computador- possibilitou a discussão dos temas e subtemas sobre o assunto a partir de dois *chats* / ligação telefônica com o comitê de especialistas (um neonatologista, um fonoaudiólogo e duas enfermeiras neonatologista) com experiência em aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo.¹⁵ Assim, o levantamento do conteúdo para a construção do *website* partiu de temas geradores provenientes de especialistas da área e após vivências e experiências da pesquisadora em atividades práticas educativas com mães de prematuros baseadas na metodologia participativa.³⁰

O programa utilizado para a construção da tecnologia educativa foi do tipo *CAI* – Instrução Assistida por Computador - utilizando-se as ferramentas adobe dreamweaver CS5 ®

a partir da linguagem php e do gerenciador de banco de dados – MySQL, que permitiu adicionar, acessar e processar os dados do banco.³⁰ O programa CAI é aplicado para transmissão de informações sobre um determinado assunto, contribui para aumentar as habilidades dos que se utilizam dessa ferramenta.⁸⁰ O sistema por vezes não permite adaptação do usuário, comporta-se de maneira igual para todos.⁸¹ Estudos têm, entretanto, apresentado resultados positivos com a utilização do programa porque ele é um recurso auxiliar no processo de ensino-aprendizagem, pois possibilita a busca do conhecimento de acordo com o interesse do usuário e proporciona uma maior motivação entre os participantes.²⁵

Após a sua construção, a tecnologia foi avaliada por 29 especialistas da área de enfermagem e 05 de informática por meio de um instrumento desenvolvido por Oliveira Junior,⁸² composto por um *checklist* pautado na usabilidade e um questionário baseado nas normas estabelecidas pela ISO 9241/10. O questionário denominado USEWEB com 22 perguntas foi adaptado pela pesquisadora e formado por sete grupos/itens (adequação à tarefa; autodescrição; controlabilidade; conformidade com expectativa do usuário; tolerância ao erro; adequação à individualização; adequação ao aprendizado) e para cada subitem foram estabelecidos os conceitos: péssimo, regular, bom, muito bom e ótimo. Tal instrumento aplicado entre os especialistas ainda continha um espaço para comentários e sugestões para cada subitem.³⁰

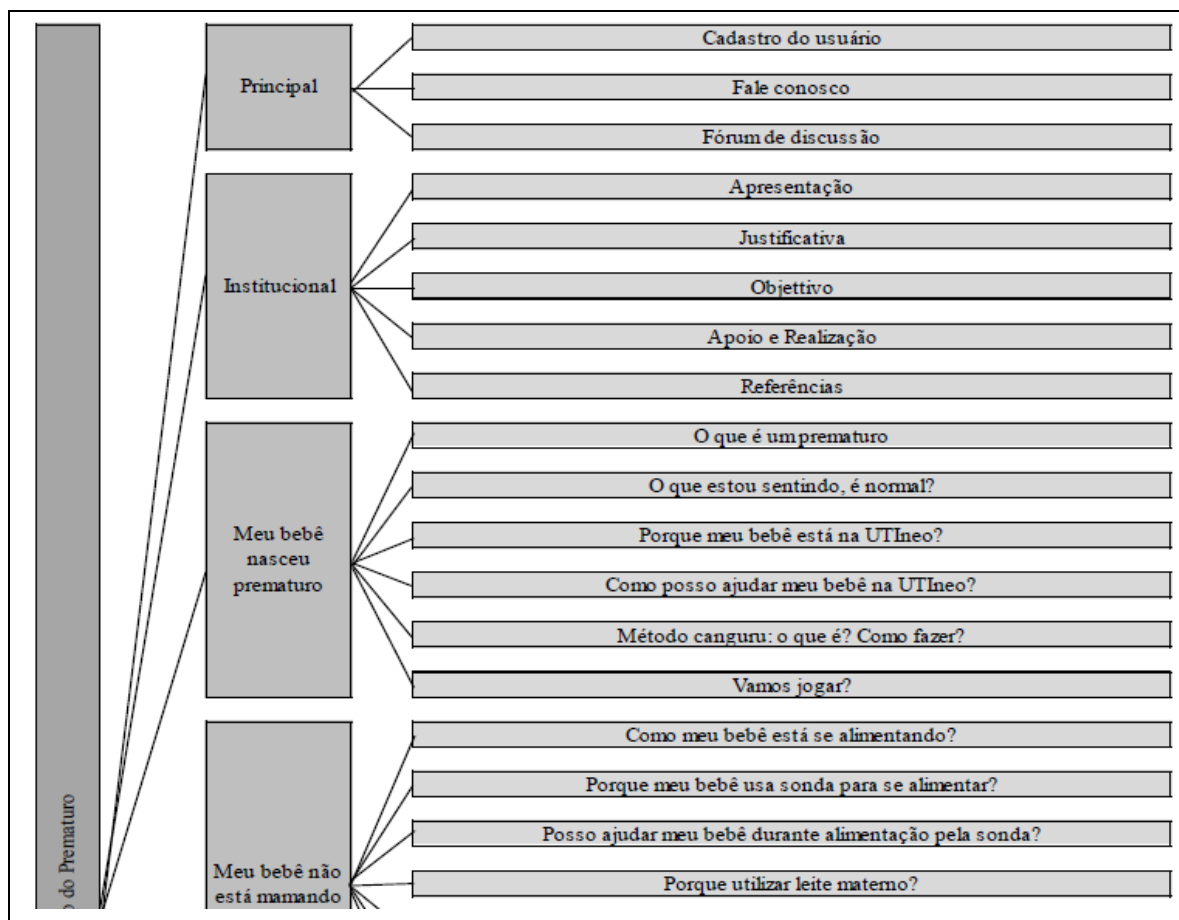
Entre os especialistas de informática, a avaliação geral para todos os subitens do instrumento foi de 77% de respostas entre os conceitos muito bom e ótimo. A pior avaliação foi para o item tolerância ao erro com 70% dos conceitos ótimo e bom, e apenas dois itens receberam conceitos péssimos por um participante (adequação à tarefa e à individualização). Já entre os especialistas da área de enfermagem, a avaliação geral foi de 86% entre os conceitos muito bom e ótimo. A pior avaliação foi de 83,9% entre conceitos muito bom e ótimo para o item controlabilidade e apenas dois itens receberam conceitos péssimos (tolerância ao erro e adequação ao aprendizado). O ambiente desenvolvido, então, foi considerado adequadamente avaliado por obter mais de 70% de respostas entre ótimo e muito pelo comitê de especialistas.³⁰

O ambiente digital foi considerado inovador, por abordar aspectos relativos ao aleitamento materno do prematuro, desde a ordenha materna até a amamentação. Ao ser avaliado por usuárias na Região Sudeste do Brasil, foi considerado como de fácil uso, informativo e importante para apoiá-las nas questões referentes ao aleitamento materno.²³ Em

continuidade a essas pesquisas de avaliação do ambiente digital pelas usuárias, o *website* foi objeto de estudo aplicado na Região Nordeste na tentativa de verificar a sua adequabilidade a realidade local, por meio da avaliação de conteúdo e aparência neste público-alvo.

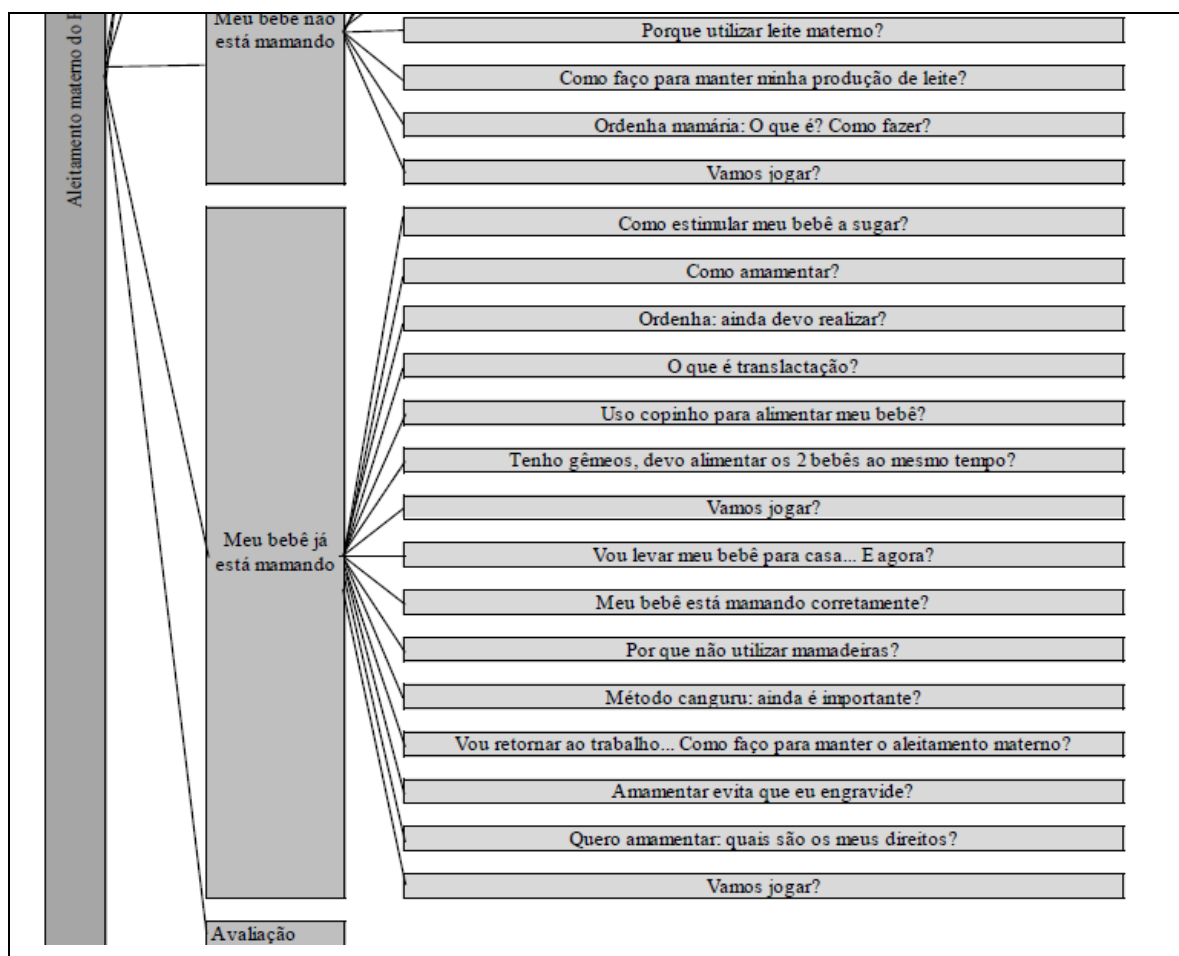
O *website* “Aleitamento Materno do Prematuro” é uma tecnologia educativa interativa que contém ilustração de algumas informações pertinentes à temática, em modo escrito, animações, sons e figuras, com intuito de facilitar a compreensão por parte do público. Ele também permite o *feedback* imediato, pois entre os jogos, o usuário tem a possibilidade de saber se sua resposta foi correta ou não para identificar onde foi a sua dificuldade.³⁰ A linguagem é de fácil compreensão e a abordagem dos conteúdos ocorre de maneira interativa, incluindo recurso de multimídia sobre os aspectos relativos ao aleitamento materno do prematuro, como a importância da ordenha materna para a manutenção da produção láctea até a efetivação da amamentação.²³

Os conteúdos, figuras e animações da tecnologia educativa foram propostos de acordo com o comitê de especialistas, experiência profissional e revisão de literatura. Estes conteúdos constam nas figuras 1 e 2 a partir do fluxograma de navegação. Já as animações inseridas no *website* foram oito: anatomia da mama; armazenamento do leite ordenhado; uso do copinho; pega do bebê; ordenha mamária; reflexo da ocitocina; reflexo da prolactina e translactação. As animações apresentam demonstrações e permitem ao usuário retornar para página anterior, respeitando o princípio da autonomia do usuário. O “*layout*” - estrutura física da página - durante a navegação também permite a escolha dos conteúdos / itens de interesse e *links* principais que mudam de cor ao ser acessado pelo usuário, o que facilita a sua localização no ambiente virtual (Figura 3).



Fonte: Ferecini (2011).

Figura 1 – Fluxograma um da navegação e conteúdo acessado pelo usuário.



Fonte: Ferecini (2011).

Figura 2 - Fluxograma dois da navegação e conteúdo acessado pelo usuário.



Figura 3 – “Interface” do website (posterior ao cadastro do usuário).

Assim, o ambiente digital é constituído por seis itens, conforme a figura acima: 1) Institucional – a apresentação inclui a justificativa, o objetivo, apoio financeiro e científico e as referências para a sua construção; 2) Meu bebê nasceu prematuro – aborda características e necessidades dos bebês prematuros; 3) Meu bebê ainda não está mamando – apresenta conteúdos sobre composição e vantagens do leite materno, como manter a lactação, demonstrações da ordenha e de como armazenar o leite ordenhado, dificuldades e intercorrências comuns nessa etapa; 4) Meu bebê já está mamando – demonstrações do uso do copinho para oferecer o leite materno e da translactação, orientações sobre posição e pega correta durante a amamentação, além de abordar dificuldades/preocupações relacionadas a essa fase; 5) Vamos para casa – orientações sobre os cuidados com o bebê antes de ir para casa, como manter a produção de leite e a ordenha, o não uso da mamadeira, manutenção do método canguru e orientações sobre planejamento familiar; 6) Simulações – contém jogos educativos e *feedback* de resposta certa ou errada que permite testar os conhecimentos adquiridos com o uso do objeto virtual de aprendizagem.³⁰

5.2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de natureza quantitativa com delineamento quase--experimental que envolveu uma intervenção, característica de um estudo experimental, porém sem randomização. Ela foi formada pelos grupos: controle (grupo de comparação) e intervenção (grupo de manipulação).⁸³

Nesta pesquisa, os grupos controle e intervenção receberam as orientações de rotina da instituição sobre aleitamento materno. Ademais, o grupo intervenção acessou ao *website* educativo “Aleitamento Materno do Prematuro”.

A pesquisa pretendeu avaliar o efeito da utilização do *website* educativo por meio da mensuração do seguinte desfecho primário: o percentual de prematuros em aleitamento materno após o 30º dia do contato inicial da mestranda com as participantes dos grupos controle e intervenção. Foi escolhido o período de 30 dias para verificar a prática do aleitamento materno, em consonância com outro estudo que realizou uma revisão sistemática e adotou este tempo como um dos intervalos para mensurar o efeito de uma intervenção educativa. A referida revisão incluiu cinco bases de dados e publicações entre 2000 e 2011 e teve objetivo identificar a eficácia de intervenções educativas desenhadas para melhorar hábitos alimentares saudáveis de mulheres grávidas, com finalidade de captar resultados clínico obstétrico e/ou neonatal mais adequados.⁸⁴

5.2.2 Local

Os dois hospitais inseridos na pesquisa têm título da Iniciativa Hospital Amigo da Criança e possuem rotinas institucionalizadas com objetivos de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno. A IHAC foi criada em 1990 pela OMS e UNICEF para promover o sucesso da amamentação, portanto um dos dez passos é mostrar as mães como amamentar e manter a lactação, mesmo se separadas dos seus filhos (quinto passo).⁸ Assim, as duas instituições escolhidas aconselham as mães ainda durante o internamento hospitalar e esse papel é assumido pelos funcionários do Banco de Leite Humano (BLH) durante a visita diária as enfermarias do alojamento conjunto e, também, de todos profissionais dos hospitais em questão.

A opção de escolha pelos dois hospitais foi pelo perfil assistencial, pois dentre os hospitais públicos da Região Metropolitana do Recife, os que possuem Unidade Neonatal são:

Instituto de Medicina Integral Professor Fernandes Figueira (IMIP), Hospital Maria Lucinda, Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), Centro Integrado Saúde Amaury Medeiros (CISAM), Hospital Barão de Lucena (HBL) e Hospital Agamenon Magalhães (HAM). O IMIP e o Hospital Maria Lucinda são serviços de saúde filantrópicos; o HC estava com a Unidade Neonatal fechada por motivos técnicos e de recursos humanos no período da pesquisa, sem previsão de retorno de suas atividades; O CISAM é um hospital-escola e ligado a Universidade de Pernambuco com título de IHAC, porém passou por reformas e retomou as atividades apenas recentemente; restaram, pois, os hospitais Barão de Lucena e Agamenon Magalhães que fizeram parte do estudo por terem o perfil assistencial similar.

O Hospital Agamenon Magalhães (HAM) e o Hospital Barão de Lucena (HBL) são serviços de saúde públicos; Localizados no Distrito Sanitário III e IV da Região Metropolitana do Recife, respectivamente; Hospitais-escola e integram o Sistema Único de Saúde (SUS) que atendem a população da região e do estado. Ambos possuem o título de Hospitais Amigo da Criança e são referências para o atendimento de alto risco materno-infantil. Assim, as maternidades referidas fornecem apoio às mulheres, mães dos prematuros por meio de orientações sobre aleitamento materno realizadas nos Bancos de Leite Humano e por toda equipe envolvida na assistência à mulher e à criança.

A alocação dos grupos foi aleatória por meio de sorteio, onde o grupo controle (GC) foi o HAM, enquanto o grupo intervenção (GI) foi o HBL.

O HAM é um hospital credenciado pelo Ministério da Saúde como de alta complexidade e referência para o atendimento de alto risco para gestantes e recém-nascidos prematuros. Foi fundado em 1948 como instituição privada, Casa de Saúde São João, passando a receber o nome de Agamenon Magalhães em 1953. A assistência neonatal é prestada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) com 15 leitos e nos cuidados semi-intensivos com 15 leitos, além do alojamento canguru com dez vagas. O BLH do hospital iniciou as atividades no ano de 1991 e a equipe é constituída por uma enfermeira e oito técnicos de enfermagem que prestam assistência às mães da maternidade e da Unidade Neonatal. A instituição dispõe de uma casa de apoio para as mães dos prematuros, anexa ao hospital, que as aloja após a alta, onde as mesmas permanecem acompanhando o filho durante a hospitalização. Este alojamento possui três quartos, com um total de 11 camas, uma pequena sala de estar e cozinha, com alguns móveis e cadeiras, onde as mães recebem os familiares durante as visitas.

O HBL é um hospital estatal de referência terciária na assistência, existe desde 1958. Os recém-nascidos pré-termo recebem assistência na UTIN com oito leitos, na unidade de cuidados semi-intensivos com 15 leitos e no alojamento canguru com 10 vagas. As atividades do banco de leite tiveram início no ano de 1996 e em 2013/2014 foi credenciado como padrão ouro em excelência pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atuam, neste setor, uma enfermeira, um médico, uma nutricionista e 11 técnicos de enfermagem que prestam assistência às mães da maternidade, da unidade neonatal e do canguru. As mães dos recém-nascidos prematuros podem ficar alojadas em uma casa de apoio com vinte leitos, o alojamento também possui uma sala de estar e uma cozinha. Essas mães têm livre acesso ao berçário, tais quais as do outro hospital escolhido.

5.2.3 População e amostra

A população foi composta por mães de prematuros nascidos no HBL (grupo intervenção) e no HAM (grupo controle).

Para a determinação do tamanho amostral, foi utilizada a equação de cálculo de amostra para duas proporções experimentais,⁸⁵ dada por:

$$n = \frac{[z_{\alpha/2}\sqrt{p_1 \cdot q_1 + p_2 \cdot q_2} + z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1 \cdot q_1 + p_2 \cdot q_2}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

Em que:

p_1 = proporção esperada de manutenção do aleitamento materno no grupo caso ($p = 0,75$) após a intervenção;²⁰

q_1 = proporção esperada de não manutenção do aleitamento materno no grupo caso ($p = 0,25$) após a intervenção;

p_2 = proporção esperada de manutenção do aleitamento materno no grupo controle ($p = 0,361$);²⁰

q_2 = proporção esperada de não manutenção do aleitamento materno no grupo controle ($p = 0,639$).

A proporção esperada de manutenção de aleitamento materno dos grupos caso e controle da pesquisa foi baseada na prevalência de aleitamento de prematuros de um estudo brasileiro com intervenção em unidades neonatais no momento da primeira consulta de egresso no ambulatório.

Ao considerar um nível de confiança de 95%, o poder do teste de 90% e as prevalências esperadas definidas em cada grupo, tem-se que o tamanho amostral necessário para cada grupo foi de 30 mães de prematuros. A amostra acrescida de 20% de perdas esperadas passou a ser de 35 mães por grupo. O número total de participantes estimado para o estudo, portanto, foi de 70 mulheres.

A opção por realizar a intervenção em uma unidade hospitalar e alocar o controle em outra visa evitar a contaminação do tratamento, pois a intervenção pode ser realizada entre os participantes do GI sem influenciar o GC, minimizando o viés de contágio.⁸⁶

A amostragem foi do tipo aleatória sistemática, na qual é estabelecida uma sequência numérica entre a sua população e atribui-se um número fixo para escolher a sua amostra, através do intervalo de amostragem (IA). Este foi definido a partir do cálculo da razão entre o tamanho da população (N) e o tamanho da amostra (n), conforme segue ($r = N/n = 102/35=2,91$ para o grupo intervenção e $r = 90/35=2,57$ para o grupo controle).

A população foi o total de partos prematuros das instituições envolvidas durante os dois meses anteriores ao período de coleta de dados. Foi assumido, logo, o valor inteiro dois para o IA. A inclusão das mulheres na pesquisa aconteceu através do sorteio aleatório simples entre o valor um e dois, e o número um foi selecionado para compor a amostra. A primeira mulher foi sorteada a partir do IA dois para seleção das próximas participantes. A sequência obedeceu à ordem de nascimentos dos prematuros, desde que satisfizessem os critérios de inclusão nos dias da coleta de dados. Quando a participante recusava-se a fazer parte do estudo, era escolhida a próxima elegível. A coleta ocorreu durante três meses, até a obtenção do número de participantes determinado pelo cálculo amostral.

Durante o retorno da ligação telefônica no 30º dia após a intervenção ou após a entrevista do grupo controle, quatro mulheres do GI não atenderam as ligações, enquanto duas do GC não atenderam e uma entregou o filho para doação, totalizando sete perdas amostrais, portanto, a amostra final do estudo foi composta por 63 participantes, sendo 32 do grupo controle e 31 da intervenção.

5.2.3.1 Critérios de inclusão

- ✓ Mães maiores de 12 anos, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pelo aumento da gravidez na adolescência;⁸⁷

- ✓ Permanência no puerpério imediato (2º ao 10º dia do pós-parto), tempo necessário para a mãe ter contato com o neonato pré-termo e receber informações referentes ao aleitamento materno pelo BLH;
- ✓ Ter recebido informações sobre aleitamento da instituição;
- ✓ Ter telefone celular ou fixo;
- ✓ Saber manusear o computador.

5.2.3.2 Critérios de exclusão

- ✓ Mães ou recém-nascido com patologia que impossibilitasse ou contraindicasse a amamentação tais como: infecção pelo vírus da imunodeficiência humano (HIV), vírus linfotrópico humano (HTLV), citomegalovírus (CMV);
- ✓ Prematuro com malformação que interferisse no aleitamento materno: fenda palatina ou atresia de esôfago;
- ✓ Mãe internada na Unidade de Terapia Intensiva ou em condições clínicas ou emocionais que a impedisse de participar da intervenção;
- ✓ Prematuros gemelares.

5.2.3.3 Critérios de perda

- ✓ Recém-nascido ter ido a óbito durante a pesquisa;
- ✓ Contato telefônico sem sucesso após dez tentativas em horários diferentes e em dias consecutivos,⁸⁴ exceto nos fins de semana e feriados.

5.2.4 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: um formulário para caracterização da amostra e da prática do aleitamento materno após 30 dias (APÊNDICE A) e uma escala de avaliação subjetiva do *website* adaptada, do tipo Likert (ANEXO A) e utilizada em estudo realizado na Região Sudeste do Brasil.²³ Os instrumentos foram utilizados no projeto universal e adaptados para esta pesquisa na tentativa de alcançar os objetivos propostos.

O formulário para caracterização da amostra foi constituído por perguntas abertas e fechadas, distribuídas em cinco partes: variáveis sociodemográficas (parte A); obstétricas (parte B); relativas à amamentação (parte C) e ao uso do computador (parte D). Quanto à prática do aleitamento materno após 30 dias, os questionamentos estão inseridos na parte E. Esse instrumento foi aplicado para os grupos controle e intervenção. Na escala de avaliação subjetiva do *website*, do tipo *Likert*, constava a opinião das usuárias que fizeram parte da intervenção. Essa escala foi elaborada a partir de critérios referentes à impressão geral (aparência do ambiente virtual) e ao conteúdo abordado. Assim, tal escala subjetiva foi composta por dois questionários: 01 - impressão geral com seis itens; 02 - conteúdo com três itens. As usuárias marcaram um “X” como resposta para cada item da escala. As respostas relativas à avaliação do *website* variavam entre concordo plenamente, concordo, não sei, discordo e discordo plenamente. Além das questões objetivas da escala, havia um espaço reservado para que as participantes pudessem descrever comentários ou sugestões para melhorar o ambiente digital, expressos de modo escrito ou verbal, caso houvesse interesse.

5.2.5 Definição das variáveis

As variáveis do presente estudo foram agrupadas e classificadas da seguinte maneira: dependentes, independentes e as relativas à escala de avaliação subjetiva do *website*. Elas foram subdivididas entre o primeiro artigo (variáveis dependentes e independentes) e o segundo (variáveis independentes e relativas à escala de Likert).

5.2.5.1 Variável Dependente

Neste estudo, a variável de desfecho foi o percentual de prematuros em aleitamento materno após o 30º dia do contato inicial com os grupos intervenção e controle. Desta forma, estão incluídas nesse estudo as definições dos padrões de alimentação da criança, segundo o Ministério da Saúde:¹⁰

- ✓ **Aleitamento materno exclusivo (AME)** - a criança recebe apenas leite materno, direto da mama ou ordenhado;
- ✓ **Aleitamento materno (AM)** – a criança recebe leite materno, direto da mama ou ordenhado, podendo receber ou não outros alimentos;

- ✓ **Aleitamento artificial (AA)** – quando a criança recebe leite artificial com leite de vaca integral ou fórmula infantil.

Em relação ao aleitamento materno predominante (a criança recebe água ou bebidas a base de água, tais como chás, sucos de frutas ou bebidas adoçadas, além do leite materno) e ao aleitamento misto (a criança recebe outros tipos de leite, além do materno)¹⁰, neste estudo, serão considerados como aleitamento materno.

5.2.5.2 Variáveis Independentes

No estudo, as variáveis independentes foram constituídas por cinco partes: variáveis sociodemográficas, obstétricas, relativas à amamentação, ao uso de computador e relativas ao padrão de aleitamento da criança após o 30º dia do contato inicial, conforme constam abaixo:

- ✓ Variáveis sociodemográficas
 - ✓ Idade: expressão numérica dos anos de vida;
 - ✓ Escolaridade: anos de estudo;
 - ✓ Estado Civil: casada, união consensual, solteira, divorciada e viúva;
 - ✓ Procedência: Recife, outro município da Região Metropolitana e outro município;
 - ✓ Trabalho fora do lar: sim/não;
 - ✓ Trabalho legalizado: sim/não/não se aplica;
 - ✓ Renda familiar em salários mínimos*
 - ✓ Local onde a mulher está instalada: alojamento conjunto, casa de apoio - quarto das mães, em casa;
 - ✓ Recém-nascido localizado: em alojamento conjunto com mãe, na Unidade Neonatal, canguru;
- *Salário mínimo vigente no período da pesquisa, R\$ 788,00.

- ✓ Variáveis Obstétricas
 - ✓ Número de gestações anteriores: nenhum, um, dois, três ou mais;
 - ✓ Número de filhos anteriores vivos: nenhum, um, dois, três ou mais;
 - ✓ Número de filhos anteriores prematuros: nenhuma, uma, duas, três ou mais;

- ✓ Número de Consultas do pré-natal: nenhuma/inferior a seis/igual ou superior a seis;
 - ✓ Sexo do prematuro: feminino / masculino;
 - ✓ Idade Gestacional de nascimento: extremo/moderado/pré-termo limítrofe;
 - ✓ Peso de nascimento do prematuro: extremo baixo peso/muito baixo peso/baixo peso;⁴³
 - ✓ Tipo de parto: normal/cesariana/fórceps;
 - ✓ Tempo de pós-parto: do primeiro ao décimo dia de pós-parto.
-
- ✓ Variáveis relativas à amamentação
 - ✓ Amamentação anterior: sim/não/não se aplica;
 - ✓ Tempo de amamentação anterior do último filho: em dias;
 - ✓ Prematuro recebendo leite materno: sim/não;
 - ✓ Forma de receber o leite materno: sonda, copinho, peito materno, peito materno e copinho, translactação, não se aplica;
 - ✓ Origem do leite do prematuro: artificial, materno, doadora do banco de leite, leite materno e complemento, leite materno e de doadora, não se aplica, ignorado;
 - ✓ Informações sobre aleitamento antes das cedidas pelo banco de leite humano nessa internação: sim/não;
 - ✓ Local que recebeu informações: em casa, posto de saúde, hospital, outro, não lembra, não se aplica;
 - ✓ Informações fornecidas por quem: parente, amigo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, profissional de saúde, TV, *internet*, não lembra, não se aplica;
 - ✓ Momento que recebeu informações: gestação anterior, nessa gestação, durante o trabalho de parto ou parto, puerpério anterior, puericultura, antes da gestação, não lembra, não se aplica;
 - ✓ Informações sobre aleitamento buscadas pela *internet*: sim/não;
 - ✓ As informações encontradas responderam suas dúvidas, foram relevantes: sim/não/em parte/não se aplica.
-
- ✓ Variáveis relacionadas ao uso do computador

- ✓ Disponibilidade de computador: sim/não;
 - ✓ Principal local de acesso à *internet*: casa, trabalho, escola/faculdade, casa de parentes ou amigos, celular, *ciber* ou *lun house* e outro;
 - ✓ Curso de informática: sim/não;
 - ✓ Dificuldade em usar computador: sim/não/em parte;
 - ✓ Frequência de uso do computador: diária/semanal/mensal/ignorado;
 - ✓ Horas aproximadas de utilização da *internet*: horas por semana;
 - ✓ Tempo da navegação no *website*: em minutos;
 - ✓ Necessidade de ajuda para navegar no *website*: sim/não;
 - ✓ Utilização de jogos do *website*: sim/não.
-
- ✓ Padrão de aleitamento da criança após o 30º dia do contato inicial
 - ✓ Número de tentativas do retorno da ligação: de uma a dez vezes para conclusão da ligação;
 - ✓ Onde a criança se encontra: em casa/ na unidade neonatal/ canguru;
 - ✓ Recebendo leite materno: sim/não;
 - ✓ Motivo para o desmame: opção da genitora/o leite materno secou/não se aplica;
 - ✓ Se recebendo leite materno, de que forma: sonda/copinho/peito materno/translactação/não se aplica;
 - ✓ Qual outro alimento ou líquido foi introduzido à dieta da criança: fórmula infantil/leite de vaca/água/suco/chá/não se aplica;
 - ✓ Forma de oferecer outro alimento à criança: mamadeira/copinho/sonda/colherzinha/não se aplica;
 - ✓ Quando foi introduzido: apenas durante o internamento/durante o internamento e antes do primeiro mês de vida/ antes do primeiro mês de vida/após o primeiro mês de vida/não se aplica;
 - ✓ Motivo de ter introduzido o alimento ou líquido a dieta da criança: pouco leite/solução/achou importante oferecer/choro do bebê/avó orientou/por causa do calor/cólica e barriga inchada do bebê/prisão de ventre/estava amarelinho/precisou se ausentar.

5.2.5.3 Variáveis relativas à Escala de Likert

- ✓ Variáveis relativas à impressão geral do *website*:
 - ✓ É fácil de usar: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ O visual é agradável: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ Permite escolher o que quer aprender sobre aleitamento: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ Mostra retorno imediato: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ Permite navegar sem auxílio: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ Recomendaria o uso do *website* para amigos e familiares: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
- ✓ Variáveis relativas ao conteúdo do *website*:
 - ✓ Possibilita aprender sobre aleitamento materno do prematuro: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ Proporciona aprender sem auxílio: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente;
 - ✓ Seria interessante ter o *website* como este com outros temas do prematuro: concordo plenamente/concordo/não sei/discordo/discordo plenamente.

5.2.6 Operacionalização da coleta de dados

A coleta dos dados seguiu de acordo com as seguintes etapas listadas:

1. Após a assinatura das Cartas de Anuência pelas diretorias das instituições envolvidas - HBL e HAM (ANEXOS B e C);

Houve necessidade de submissão de uma emenda, referente ao projeto original “Educação em saúde e o cuidado de enfermagem ao recém-nascido e sua família” para o Comitê de Ética em Pesquisa, devido à necessidade de mudança do mesmo para melhor

adequabilidade metodológica a pesquisa atual. Esta, conforme citada anteriormente, foi um recorte do Projeto Universal e passou por modificações relacionadas ao objetivo principal, que inicialmente seria apenas avaliar o *website* “Aleitamento Materno do Prematuro”. Tal objetivo passou a ser um dos específicos e foi acrescentado o principal “avaliar o efeito do uso do *website* educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros” após um mês da intervenção com a referida tecnologia educativa. Assim, a primeira mudança justificada na emenda foi relativa à inserção de mais um hospital na pesquisa, devido às necessidades metodológicas de um grupo para comparação, que a princípio seria o HBL. A escolha inicial por estes dois hospitais (HC e HBL) foi por estarem inseridos no mesmo Distrito Sanitário da Região Metropolitana de Recife (Distrito IV) e com perfil de assistência à saúde materno-infantil semelhante. Entretanto, devido ao fechamento da Unidade Neonatal do HC, optou-se por escolher os referidos hospitais (Barão de Lucena e Agamenon Magalhães), visto que não havia previsão de retorno das atividades do HC e que a conclusão da pesquisa do mestrado teria um tempo predeterminado;

2. Apreciação e aprovação da emenda pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco – Parecer: 1.215.491 (ANEXO D);

3. Contato e apresentação prévia dos objetivos e aspectos referentes à pesquisa para os funcionários dos profissionais dos dois hospitais escolhidos e solicitada colaboração destes no estudo.

4. Identificação da população do estudo;

As participantes do GC e GI foram identificadas a partir do livro de partos do centro obstétrico (ocorrências obstétricas), onde consta o total de partos ocorridos na maternidade de acordo com a idade gestacional.

5. Seleção da amostra das participantes da pesquisa;

A partir desta etapa, as mulheres foram sorteadas de modo aleatório sistemático, foi estabelecida uma ordem de nascimento entre as mães dos prematuros e escolhidos números ímpares para fazerem parte da amostra, de acordo com o intervalo de amostragem.

6. Identificação do setor onde a participante estava localizada e se ela preenchia os critérios de inclusão da pesquisa;

Primeiro foi feita a identificação do local em que a mulher encontrava-se (alojamento conjunto ou casa de apoio) e depois feita abordagem inicial às possíveis participantes, caso preenchessem os critérios de inclusão definidos para o estudo eram convidadas a participar.

Se a participante não satisfizesse, contudo, os critérios estabelecidos na seleção ou não aceitasse participar da pesquisa, era escolhida a mulher seguinte definida na amostragem, mantendo a mesma lógica de escolha.

7. Estudo piloto, antes de iniciar a coleta dos dados composto por dez participantes do hospital do GI e GC;

Essa etapa teve por objetivo: verificar a necessidade de modificação ou adaptação dos instrumentos de coleta de dados.⁸³ Já que o instrumento para caracterização da amostra (APÊNDICE A) sofreu apenas adaptações relativas à forma de realizar as perguntas durante a entrevista e não houve inclusão ou exclusão de itens do instrumento, entretanto, as participantes do estudo piloto fizeram parte da amostra.

8. Coleta de dados procedeu-se entre os meses de setembro e novembro do ano de 2015 (setembro e outubro – entrevistas e intervenção; novembro – conclusão das ligações telefônicas), durante o período diurno (das 08h às 18h) de segunda a sexta e de acordo com a disponibilidade das participantes;

As mulheres foram convidadas a fazer parte da pesquisa, após uma explicação sucinta das etapas da mesma. À medida que elas se mostravam dispostas a participar do estudo e atendiam aos critérios de inclusão definidos na amostra, eram apresentados os objetivos da pesquisa, mediante a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta do grupo intervenção era escolhido melhor horário para realização do acesso da participante ao *website*, para que a abordagem não acontecesse nos horários das visitas (15-16 horas) no alojamento conjunto ou durante a evolução médica, visto que uma vez iniciada a navegação esta não poderia ser interrompida. Cabe salientar que a maioria das mulheres abordadas já se encontravam de alta hospitalar, por que a intervenção aconteceu após as primeiras 24 horas do parto e, nos casos de partos normais sem patologia materna, é dada alta hospitalar nesse período.

As etapas do estudo seguem o fluxo que consta na figura 4.

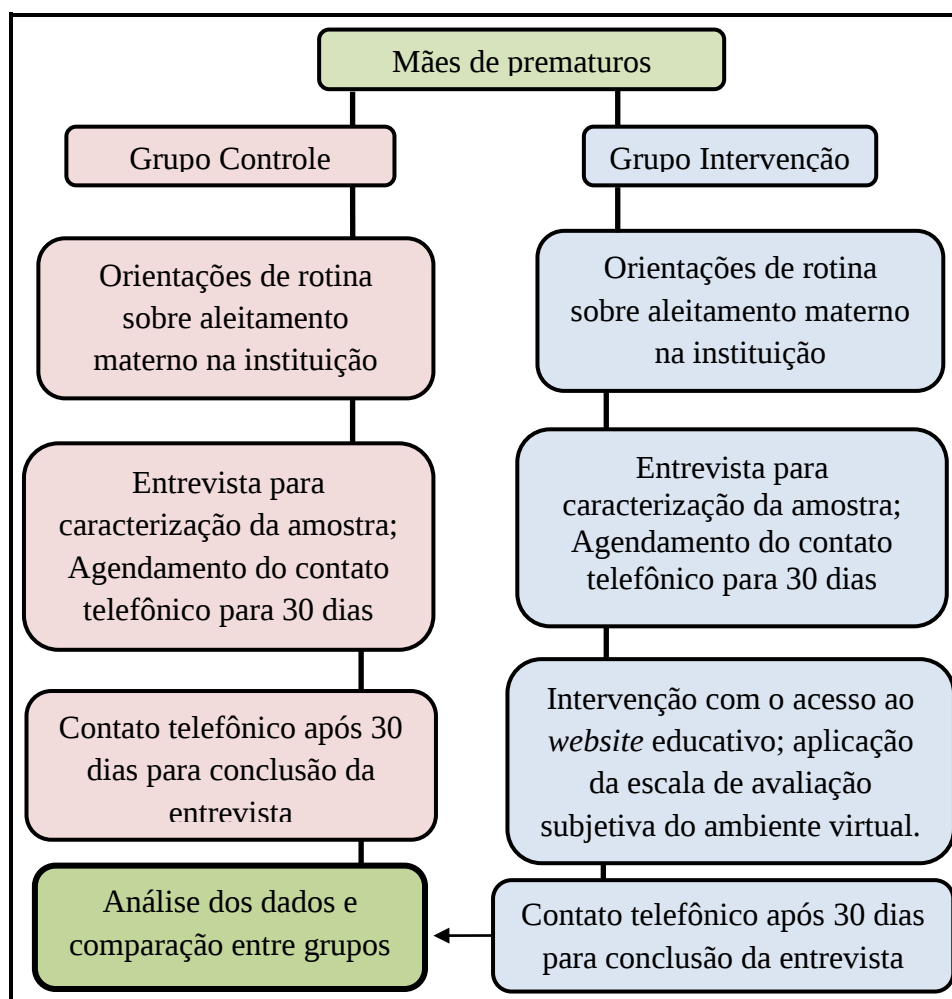


Figura 4 – Fluxograma das etapas do estudo.

A fase da coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

✓ Entrevista para caracterização da amostra: após a leitura e assinatura do TCLE procedeu-se a entrevista para a caracterização da amostra. Os dados foram obtidos por meio de entrevista, pois permite uma melhor qualidade dos dados por ser menos provável que o entrevistado interprete mal as perguntas e por ter altas taxas de respostas, menos propenso a recusa dos participantes.⁸³

Antes da etapa de entrevista, foi estabelecido diálogo e interação com a participante para facilitar o relacionamento e vínculo entre pesquisadora e usuária. Também foi enfatizada a importância da participação e da continuidade da usuária na pesquisa, visto que após 30 dias iria ser feito um novo contato telefônico com ela para completar a entrevista (Instrumento de caracterização da amostra - Parte E). Iniciada a entrevista era feita a anotação dos números telefônicos disponíveis para o contato posterior, por meio do agendamento do melhor horário para esse retorno da ligação. O pré-

agendamento da entrevista por telefone proporcionou o seguimento do estudo. Fatores internos como cansaço e aborrecimentos, entre outros, podem interferir nas respostas dos entrevistados,⁸⁶ portanto o cuidado para os esclarecimentos sobre todas as etapas da pesquisa e o agendamento da entrevista, de acordo com disponibilidade da usuária. Concluída a entrevista, era dado as participantes um bloco de anotações para que elas pudessem fazer os registros referentes à alimentação da criança, evitava-se, assim o viés de memória. A primeira parte da participação do grupo controle encerrava-se com a entrevista, enquanto o grupo intervenção passava para a outra etapa de acesso ao *website* educativo.

✓ Intervenção: a navegação pelo referido ambiente digital aconteceu na própria enfermaria, conforme a Figura 5, ou em uma sala reservada na casa de apoio. Não houve delimitação de tempo da intervenção, para que o usuário obtivesse acesso a todo conteúdo do *website*, caso fosse de seu interesse. O ambiente digital construído deveria ser disponibilizado via *internet*, porém foi acessado de modo *off line* pela dificuldade de conexão e por estar em etapa de avaliação, não estando hospedado na rede. Então, foi disponibilizado um *notebook* para as usuárias com o ambiente virtual instalado, o que garantiu o livre acesso à navegação pelo *website*.

Para reduzir o viés da pesquisa, não houve intervenção da mestrandia na navegação pelo *website*, exceto quando era solicitada ajuda pela usuária. Tal auxílio restringiu-se ao esclarecimento de dúvidas referentes à utilização e ao manuseio do objeto virtual de aprendizagem, na tentativa de garantir que a intervenção fosse implantada de forma adequada e realmente recebida.⁸³ As usuárias utilizaram um tempo entre 20 e 83 minutos para navegação no *website* “Aleitamento Materno do Prematuro”.

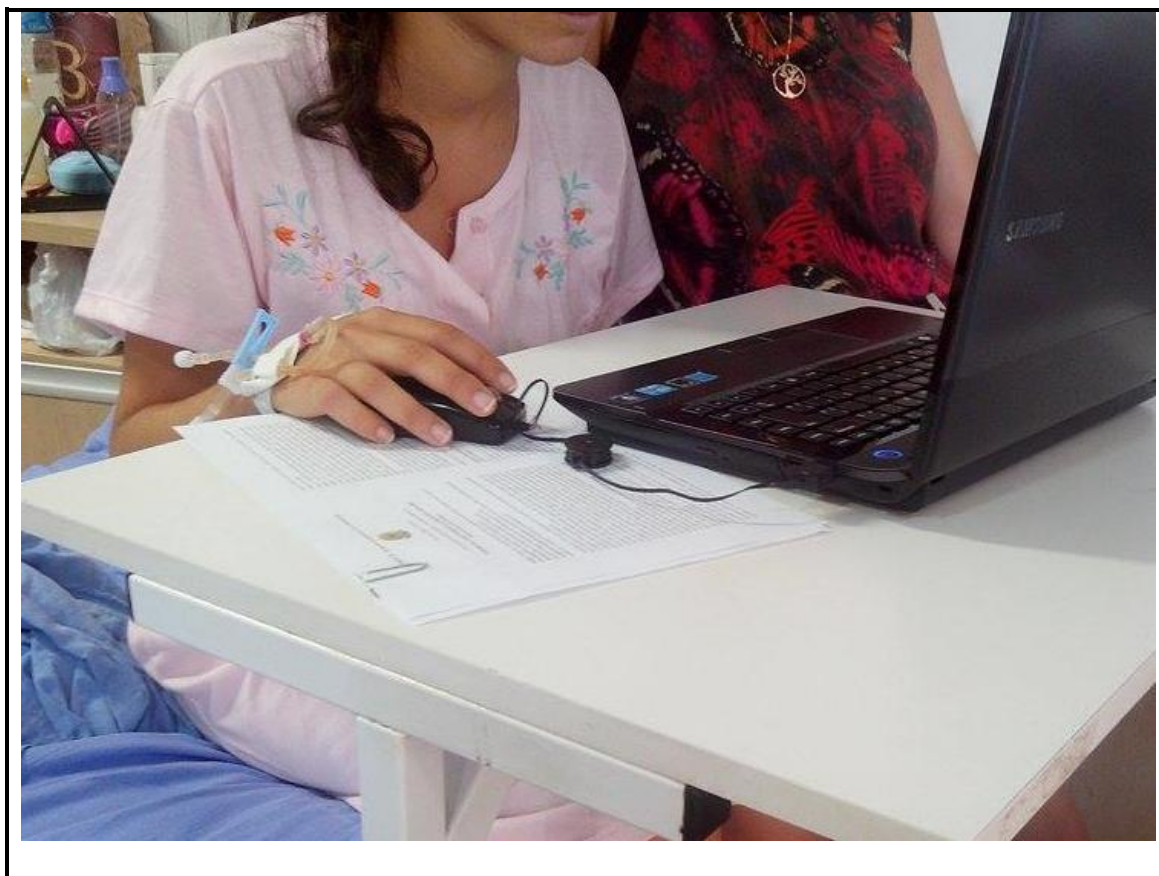


Figura 5 – Foto da usuária durante a intervenção com o *website*.

✓ Avaliação subjetiva do *website* educativo;

Após concluírem a navegação no *website*, as participantes do GI responderam a uma escala de avaliação subjetiva do *website*, do tipo *Likert*, auto-aplicada. E algumas delas comentaram ou fizeram sugestões sobre o *website*, expressos no modo verbal ou escrito em um espaço para esse fim.

✓ Contato telefônico no 30º dia para conclusão da entrevista com o GC e GI;

Informações referentes à prática do aleitamento materno foram coletadas por telefonema pela própria mestranda após 30º dia, do contato inicial com as participantes do GC e GI.

A entrevista por telefone vem sendo muito utilizada em pesquisas sobre aleitamento materno com seguimento após a alta hospitalar^{28,88,89} e pode ser um método conveniente de coleta de dados por ser menos dispendioso e eficiente quando se aplica a respostas curtas. O entrevistado mostra-se mais disposto a colaborar, quando já houve o contato prévio dele com o pesquisador e a entrevista é curta e não muito pessoal,⁸⁰ como foi o caso desta pesquisa.

Nessa fase da pesquisa, a ligação foi procedida conforme o agendamento da data e horário escolhido pela usuária durante a entrevista. Nos casos em que a participante não atendeu a ligação telefônica ou o número estava fora de área de cobertura, foi estabelecida um número de dez tentativas para novo retorno telefônico. O contato foi efetuado em dias consecutivos, em horários diferentes dos estabelecidos e exceto aos fins de semana ou feriados.

5.2.7 Tratamento e análise dos dados

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO versão 3.5.2 o qual foi exportado para o software IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 e efetuada a análise estatística.

A análise descritiva foi utilizada para descrever o perfil das mães dos prematuros, por meio da estatística univariada por meio da frequência percentual, média e desvio padrão dos fatores do estudo.

A estatística bivariada também foi aplicada por meio do teste do Qui-quadrado e do risco relativo. O teste Qui-quadrado foi utilizado para verificar a homogeneidade da amostra das mães de prematuros entre o grupo controle e intervenção. O efeito da intervenção para a prática do aleitamento materno entre o GC e GI, foi mensurado através do risco relativo (RR). Nos casos em que as suposições não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Todas as conclusões consideraram o nível de significância de 5%.

Os dados relativos à avaliação subjetiva do *website* realizada pelas usuárias foram submetidos à estatística descritiva por meio de frequência percentual. Considerou-se, portanto, o *website* como adequadamente avaliado, se 70% ou mais das usuárias atribuísem o conceito concordo e concordo plenamente para cada subitem do instrumento proposto com a escala de Likert.^{23,25,67}

Os dados estão apresentados em tabelas e figuras construídos no Excel versão 07.

5.2.8 Aspectos éticos e legais – Riscos e benefícios

Os dados foram coletados após a assinatura da Carta de Anuência pela direção das duas instituições participantes e aprovação da emenda do projeto original pelo Comitê de

Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (Parecer Consubstancial do CEP nº 1.215.491).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/12 do Ministério da Saúde /Conselho Nacional de Saúde (MS/CNS) no que se refere à condução de pesquisas que envolvem seres humanos.⁹⁰ De acordo com a resolução, a presente pesquisa incorreu riscos mínimos, pois pode ter causado constrangimentos referentes aos aspectos da entrevista sobre as questões pessoais e fadiga relacionada as etapas da intervenção. Para minimizar os riscos, a pesquisadora, durante o retorno da ligação no 30º dia, dispôs-se para retirar dúvidas sobre aleitamento materno, caso solicitado pela participante.

Entre os benefícios diretos da participação da pesquisa estiveram: o acesso a informações sobre aleitamento materno para o prematuro no grupo intervenção através do *website*; sensação de conforto por retirar dúvidas sobre a temática ao fim da pesquisa em ambos os grupos, durante as ligações telefônicas; o *website* será de domínio público após comprovação de sua eficácia e efetuadas as modificações necessárias.

Os dados da pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo pessoal por um período mínimo de cinco anos, sob a responsabilidade da orientadora da pesquisa, no seguinte endereço - Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, localizado na Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife - PE, CEP: 50670-901. Será assegurado o sigilo das participantes da pesquisa e as informações da pesquisa divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas.

Cada usuária foi informada sobre os objetivos da pesquisa, também a respeito das etapas referentes à sua participação e convidada a participar por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE B) para as maiores de 18 anos e as emancipadas. Nos casos das adolescentes, foi assinado o TCLE por seu responsável legal (APÊNDICE C), seguido da assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE D) pela menor de idade.

As adolescentes emancipadas estão entre as cinco situações: por concessão dos pais; pelo estabelecimento civil ou comercial (menores de 16 anos completos); pelo casamento; exercício em emprego público efetivo; colação de grau no ensino superior (menores de 18 anos completos) (art. 5º, Lei 10.406/2002). Nesta pesquisa não houve nenhuma menor emancipada.

O TCLE e TALE foram emitidos em duas vias (uma via da mestranda e a outra da participante) e esse documento servirá para futuros questionamentos ético-legais (justiça). Durante a leitura dos termos de consentimento foi ressaltado que a qualquer momento a

participante poderia desistir da pesquisa, sem que houvesse nenhum prejuízo ou risco e foi respeitado o seu anonimato através da codificação da identidade da participante (não maleficência). Assim, foram respeitados os direitos e deveres das participantes e da mestrandia, e obedecidos os preceitos da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

6. RESULTADOS

6.1 Artigo de Revisão Integrativa

Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa

RESUMO

Objetivo: identificar as tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno. **Método:** revisão integrativa a partir das bases de dados LILACS, SCOPUS, MEDLINE e CINAHL de publicações entre 2004 e 2014, utilizou-se, para tanto, os descritores aleitamento materno, tecnologia e promoção da saúde. **Resultados:** foram selecionadas 24 publicações, sendo 12 na base SCOPUS; 21 a partir do ano de 2010; 13 na área de atuação de enfermagem; 11 provenientes de estudos experimentais. Entre as publicações incluídas na revisão foram encontrados 19 tipos de tecnologias classificadas em gerenciais, educacionais e assistenciais. **Conclusão:** Destacaram-se as educacionais por representar 12 entre as 19 encontradas, e estarem relacionadas a repercussões nas taxas aleitamento materno. Evidencia-se a carência no desenvolvimento/aplicação das tecnologias gerenciais no campo da saúde para promoção do aleitamento materno, também na realização de estudos experimentais randomizados. Esta revisão identifica que o uso combinado de várias tecnologias apresentou resultados positivos para o processo de aleitar e nove publicações encontraram associação positiva entre o uso de tecnologias com o aumento das taxas de aleitamento materno.

Palavras-chaves: Aleitamento materno; Tecnologia; Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A última pesquisa nas capitais brasileira, em 2008, sobre a prevalência de aleitamento materno revelou que apenas 68% das crianças foram amamentadas na primeira hora de vida; 41% dos menores de seis meses estavam em aleitamento materno e a duração média de aleitamento materno exclusivo (AME) foi de 54 dias. Essa prevalência ainda é decrescente no transcurso do sexto mês de vida: 75% (30 dias); 52% (90 dias); 33% (120 dias); 19% (150

dias) e 5,7% (180 dias). Apesar dos estímulos, por meio de campanhas e ações em todo território nacional, as taxas de aleitamento materno ainda estão aquém das preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), de ser exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até dois anos ou mais ¹⁻².

Para que a amamentação seja adotada como prática, é preciso que as vantagens dela sejam reconhecidas pela mulher e sociedade ¹. Assim, as tecnologias são ferramentas capazes de proporcionar contribuições para a promoção do aleitamento como: aumentar a aquisição de informações sobre saúde ^{3,4}, apoiar as mães nas questões relativas ao aleitamento materno ⁴ e promover o aumento nas suas taxas ⁵. As tecnologias são produtos ou processos que permitem o envolvimento dos profissionais na prestação do cuidado ao usuário e o desenvolvimento do processo de educação em saúde ⁶. Ações de educação em saúde para promover o aleitamento materno exigem, então, o engajamento e comprometimento da equipe de saúde envolvida na assistência à mulher ⁷.

As tecnologias em saúde são definidas por um conjunto de conhecimentos científicos para produção de bens materiais ou não, que visam uma intervenção em situação prática do dia a dia e/ou no âmbito da pesquisa, priorizando a resolução de problemas humanos e estruturais para melhorar a assistência à saúde ⁸⁻⁹. Pesquisadores na área da saúde as classificam em: gerenciais - conjunto de ações teórico-práticas para administrar as ações e serviços de saúde, objetiva intervir nas práticas profissionais com o foco de melhorar a sua qualidade (manuais, rotinas institucionais, acolhimento e vínculo), educacionais - conjunto sistemático de conhecimento científico que permita planejar, executar, controlar e acompanhar o processo educacional formal ou informal, e, assim, favorecer a construção e reconstrução do conhecimento (cartilhas, folhetos, vídeos); tecnologias assistenciais (TA) - conjunto de saberes técnico-científicos sistematizados, processuais e instrumentais que promova assistência à saúde de qualidade para o cliente (teorias e escalas) ^{6, 8, 10, 11}.

A equipe envolvida na assistência à saúde pode prestar o cuidado à mulher e a família e/ou desenvolver atividades educativas promotoras do aleitamento materno por meio dessas tecnologias. A identificação do tipo de tecnologias e suas contribuições podem auxiliar a redirecionar as práticas educativas e de cuidado vigentes voltadas para a saúde materno-infantil. Ademais, podem indicar lacunas no conhecimento no tangente ao tipo de tecnologia ou pesquisa empregada e resultados referentes à temática. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi identificar as tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno.

MÉTODO

Estudo de revisão integrativa da literatura, que permite a identificação, síntese de várias publicações e possibilita a análise mais específica de determinado fenômeno, por meio da identificação de lacunas no conhecimento e rápido acesso aos resultados de pesquisas, para auxiliar na tomada de decisão mediante o saber crítico no cenário do cuidado ¹²⁻¹³.

O percurso da revisão seguiu as etapas: identificação da questão norteadora, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos artigos, busca na literatura; categorização dos estudos e extração dos dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; discussão e interpretação dos resultados; síntese das informações evidenciadas nos artigos ¹⁴⁻¹⁵. A seguinte questão norteadora orientou o estudo: quais as tecnologias em saúde utilizadas ou desenvolvidas pela equipe multidisciplinar e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno?

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações conter palavra ou descritor no título relacionado ao objeto da revisão; classificadas como artigo original; idioma em português, inglês e espanhol; entre os anos de 2004 e 2014; Tecnologias em saúde desenvolvidas ou implantadas pela equipe multidisciplinar. A delimitação temporal levou em

consideração a criação da Rede de Tecnologias Sociais (RTS), em 2004, que objetivou mobilizar a sociedade para discutir sobre tecnologias de maneira inclusiva capaz de promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas⁹. As teses, dissertações, monografias, editoriais, artigos de revisão, resumos de eventos, relatos de caso ou de experiência foram excluídos da pesquisa.

A busca na literatura ocorreu, em julho de 2014, a partir dos artigos indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), SCOPUS, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), com associação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), ao utilizar o booleano *and*: aleitamento materno / *breast feeding*, promoção da saúde / *health promotion*, tecnologia / *technology*.

O número de publicações encontradas, nesta revisão, foi determinada pelo cruzamento entre os três descritores controlados, exceto na LILACS por não ter originado nenhum resultado. Nesta base, optou-se por associar os descritores aos pares (Quadro 1).

Cruzamentos	LILACS	SCOPUS	MEDLINE	CINAHL	TOTAL
Aleitamento materno <i>AND</i> tecnologia	06	--	--	--	06
Aleitamento materno <i>AND</i> promoção da saúde	100	--	--	--	100
Aleitamento materno <i>AND</i> promoção da saúde <i>AND</i> tecnologia	--	667	589	313	1569
Amostra	106	667	589	313	1675

Quadro 1 – Publicações sobre tecnologias desenvolvidas ou utilizadas para a promoção do aleitamento materno entre 2004 e 2014. Recife, PE, Brasil, 2015

A partir das associações, foram identificadas 1.675 publicações, submetidas à leitura criteriosa do título. Foram excluídos 1037 artigos, a partir dos títulos, por não ter palavra ou

descriptor relacionado à temática, e restaram 638 para análise dos resumos. Após a leitura, foram selecionados 49 artigos para a leitura na íntegra e análise crítica, seleção da qual resultou a amostra final composta por 24 publicações (Figura 1).

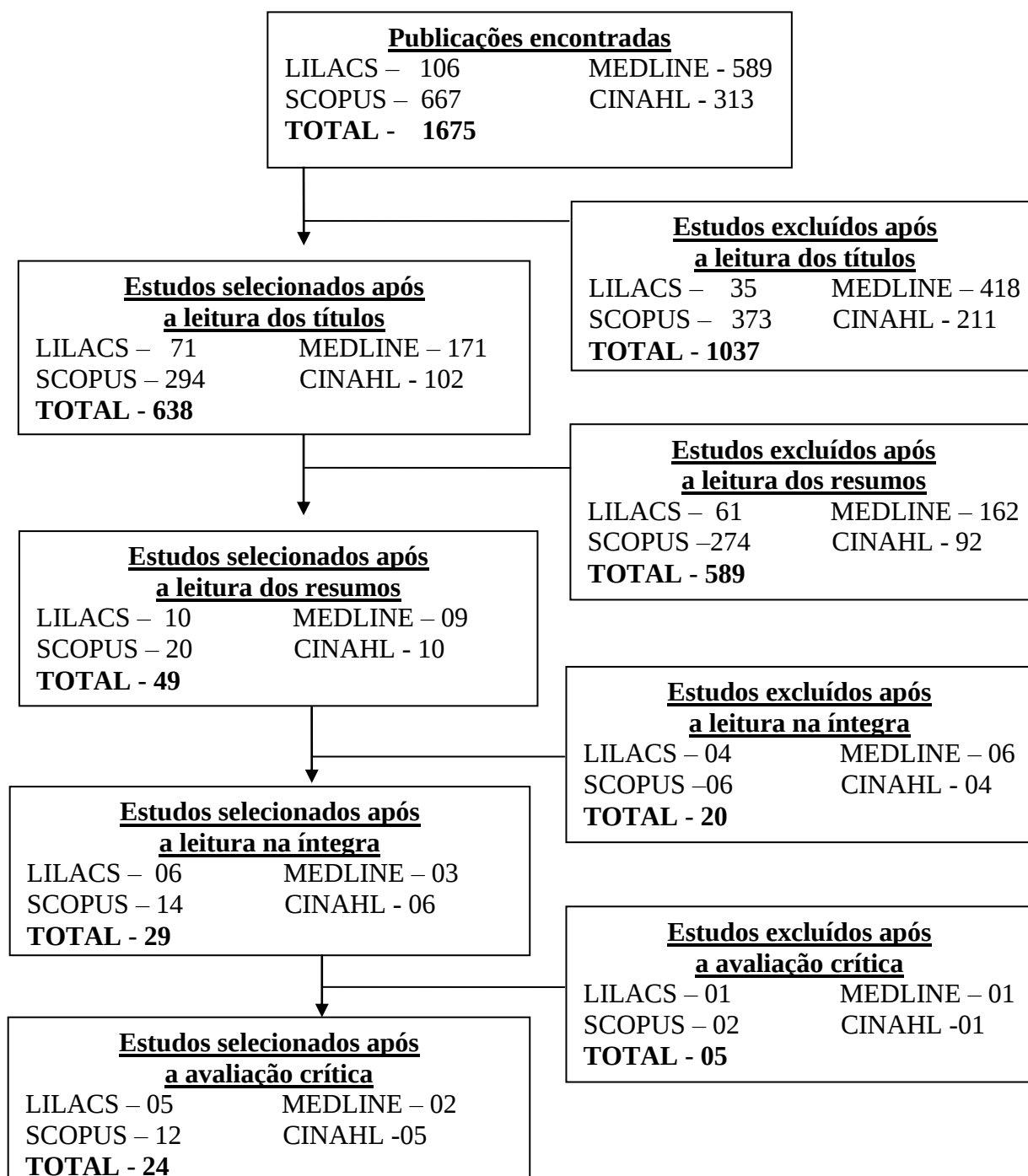


Figura 1 – Descrição das etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão integrativa.
Recife, PE, Brasil, 2015

Algumas publicações estavam indexadas em mais de uma base de dados, então, elas foram incluídas na primeira base selecionada, com a consideração da seguinte ordem de busca: LILACS, SCOPUS, MEDLINE e CINAHL. Para a extração dos dados, foi adaptado um instrumento que passou por validação de aparência e conteúdo no Brasil ¹⁶, que contemplou autores, ano, bases de dados, periódico, país, características metodológicas dos artigos e resultados alcançados.

Para avaliar o rigor metodológico das publicações, utilizou-se um instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) composto por dez itens pontuáveis ¹⁷. Foram excluídos desse estudo, os artigos da categoria B (Estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado): mínimo de cinco pontos. O nível de evidência das publicações foi avaliado de acordo com o conceito proposto pela prática baseada em evidências, classificadas em sete níveis¹⁸.

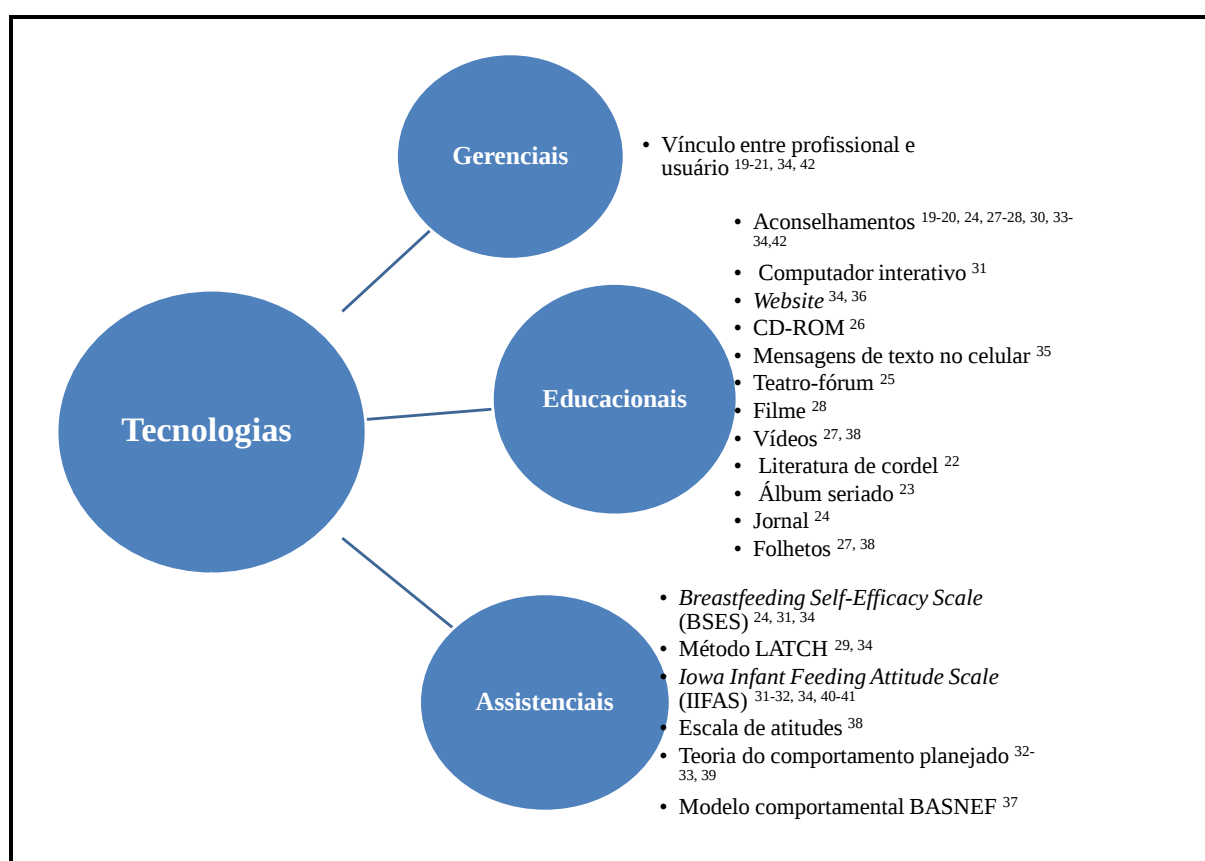
As publicações foram submetidas à leitura de forma criteriosa, até a obtenção da amostra final e construídas figuras para facilitar a visualização e compreensão dos dados obtidos. A fim de proporcionar melhor análise e discussão dos dados das publicações, foi utilizada uma categorização segundo pesquisadores de Enfermagem, que classifica as tecnologias em gerenciais, educacionais e assistenciais ⁸.

RESULTADOS

Dos 24 artigos ¹⁹⁻⁴² incluídos na revisão integrativa (quadro 2), 12 encontravam-se na base de dados SCOPUS ²⁴⁻³⁵; 21 publicados entre os anos de 2010 e 2014 ^{20-23, 25-37, 39-42}; oito em periódicos dos EUA ^{25, 29-31, 35, 39-40, 42} e do Reino Unido ^{24, 26-28, 32-34, 38}. A área de atuação dos pesquisadores era a enfermagem em 13 publicações ^{21-24, 28, 31-35, 38, 40-41}, medicina em 11 ^{19, 25, 29, 32, 35, 37, 41-42}, psicologia em três ^{20, 35, 39}, fonoaudiologia e odontologia ^{20, 36}, nutrição ^{20, 30} e informática em duas cada ^{31, 33}.

Os artigos encontrados apresentaram apenas quatro níveis de evidência: cinco artigos tiveram nível 2 (ensaio clínico randomizado)^{19, 28, 31, 33, 42}; seis com nível 3 (ensaio clínico sem randomização)^{20, 24, 26, 34-35, 38}; seis com nível 4 (estudos de coorte ou caso-controle)^{27, 29-30, 32, 40-41} e sete com nível 6 (estudo descritivo ou qualitativo)^{21-23, 25, 36-37, 39}.

A maioria dos estudos aplicou mais de uma tecnologia para a promoção do aleitamento materno (Quadro 2). As publicações abrangeram todas as classificações de tecnologias (gerenciais, educacionais e assistenciais). Merece destaque as educacionais com 12 tecnologias entre as 19 encontradas nesta revisão, conforme a figura 2.



Fonte: Adaptado de Nietsche, Backes, Colomé, Ceratti e Ferraz (2005).

Figura 2 - Categorização das publicações incluídas na revisão integrativa, segundo classificação e tecnologia utilizada ou desenvolvida para a promoção do aleitamento materno no período de 2004 a 2014. Recife, PE, Brasil, 2015

Autores / Ano / País /Base de dados	Objetivo	Tipo de estudo	Tecnologia	Contribuições para a promoção do aleitamento materno (AM)
Junior, Martinez ¹⁹ /2007 /Brasil/ LILACS	Avaliar o impacto de um modelo de incentivo ao aleitamento materno baseado no apoio e orientação de mães de recém-nascidos pré-termo nas taxas de aleitamento materno nos primeiros seis meses após a alta hospitalar.	Ensaio clínico randomizado	Aconselhamento; vínculo profissional e usuário	Aumento das taxas de AM
Brasileiro <i>et al</i> ²⁰ /2010 /Brasil/ LILACS	Investigar se mães trabalhadoras formais, participantes de um programa de incentivo ao aleitamento materno, mantém a amamentação por mais tempo do que mães que não têm esse apoio após o retorno ao trabalho.	Quase-experimental	Aconselhamento; vínculo profissional e usuário	Aumento das taxas de AM
Linhares <i>et al</i> ²¹ / 2013 /Brasil/ LILACS	Identificar estratégias de promoção ao aleitamento materno envolvendo gestantes, nutrizes e atores da rede de apoio social no processo da amamentação.	Pesquisa-ação	Vínculo profissional e usuário	Discussão sobre a prática do AM
Oliveira, Pagliuca ²² / 2013 /Brasil/ LILACS	Descrever o processo de avaliação de tecnologia educativa, com relação aos aspectos de conteúdo e literatura de cordel sobre amamentação.	Descritivo	Literatura de cordel	Avaliação de tecnologia
Rodrigues <i>et al</i> ²³ /2013 /Brasil/ LILACS	Validar o conteúdo e aparência do álbum seriado “Eu posso amamentar meu filho” junto às puérperas internadas no alojamento conjunto.	Descritivo	Álbum seriado	Avaliação de tecnologia
Hauck <i>et al</i> ²⁴ / 2007/ Reino Unido/	Avaliar os efeitos de um jornal sobre a prevalência do aleitamento materno, e as percepções de conselhos conflitantes, auto-	Quase-experimental	Jornal; aconselhamento; Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES)	Nenhum efeito sobre a duração ou taxas do AM

Continua

SCOPUS	gestão e auto-eficácia para aleitamento materno desde o nascimento até 12 semanas após o parto.			
Whelan, Kearney ²⁵ / 2010 / EUA / SCOPUS	Descrever uma avaliação do teste piloto de uma produção de teatro-fórum para a sensibilização da amamentação.	Descritivo	Teatro-fórum	Discussão sobre a prática do AM
Labarère <i>et al</i> ²⁶ / 2011 / Reino Unido / SCOPUS	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada em CD-ROM para o aumento das taxas de aleitamento materno.	Quase-experimental	CD-ROM	Nenhum efeito sobre a duração ou taxas do AM
Pannu <i>et al</i> ²⁷ / 2011 / Reino Unido / SCOPUS	Determinar o efeito de mães que receberam material de promoção da saúde e de educação pré-natal e / ou pós-natal sobre os resultados da amamentação em Perth, Austrália Ocidental.	Coorte	Vídeo; aconselhamento; folheto	Aumento das taxas de AM
Kronborg <i>et al</i> ²⁸ / 2012 / Reino Unido / SCOPUS	Avaliar o efeito de um programa de treinamento pré-natal para o conhecimento, auto-eficácia e os problemas relacionados ao aleitamento materno e sua duração.	Ensaio clínico randomizado	Filme; aconselhamento	Nenhum efeito sobre a duração ou taxas do AM
Tornese <i>et al</i> ²⁹ / 2012 / EUA / SCOPUS	Analisar a relação entre o escore LATCH avaliado nas primeiras 24 horas de vida e após o parto e identificar um ponto de corte para o escore, a fim de identificar as mulheres com maior risco de aleitamento não exclusivo que podem precisar de apoio adicional para a amamentação.	Coorte	Método LATCH (<i>Latches, Audible, Type, Comfort, Help</i>)	Detecção de necessidade de apoio adicional para a prática do AM.
Witt <i>et al</i> ³⁰ / 2012 / EUA / SCOPUS	Avaliar o impacto da intervenção de um consultor de lactação pós-parto em uma prática pediátrica para melhorar o apoio à amamentação.	Caso-Controle	Aconselhamento	Aumento das taxas de AM; Redução da introdução de outros alimentos à dieta do bebê.
Edwards <i>et al</i> ³¹ / 2013 /	Desenvolver e avaliar um agente de computador	Ensaio clínico	Computador interativo; Iowa Infant Feeding	Nenhum efeito sobre a duração ou taxas do AM

Continua

EUA / SCOPUS	interativo em animação projetado para fornecer informações e apoio a amamentação às mães interessadas em amamentar.	randomizado	Attitude Scale(IIFAS); Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form(BSES-SF)	
Donnan <i>et al</i> ³² / 2013 / Reino Unido/ SCOPUS	Obter modelos de previsão tanto para a iniciação e interrupção do aleitamento materno utilizando variáveis demográficas, psicológicas e obstétricas.	Coorte	Iowa Infant Feeding Attitude Scale(IIFAS); teoria do comportamento planejado (questionário)	Deteção de necessidade de apoio adicional para a prática do AM.
Giles <i>et al</i> ³³ / 2014 / Reino Unido/ SCOPUS	Avaliar a eficácia de uma intervenção em meio escolar projetado para melhorar as motivações dos jovens para amamentar.	Ensaio clínico randomizado	Aconselhamento; teoria do comportamento planejado (questionário)	Aumento de intenções e atitudes positivas para amamentar; redução da introdução de outros alimentos à dieta do bebê.
Hannula <i>et al</i> ³⁴ / 2014 / Reino Unido/ SCOPUS	Avaliar o impacto do apoio intensificado para a amamentação durante o período perinatal.	Quase-experimental	Aconselhamento; vínculo profissional e usuário; <i>website</i> ; Método LATCH (<i>Latches, Audible, Type, Comfort, Help</i>); Iowa Infant Feeding Attitude Scale(IIFAS) e Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form(BSES-SF)	Aumento das taxas de AM
Jiang <i>et al</i> ³⁵ /2014 / EUA/ SCOPUS	Avaliar o efeito de uma intervenção por mensagens de texto no celular sobre as práticas de alimentação infantil.	Quase-experimental	Mensagens de texto no celular	Aumento das taxas de AM; redução da introdução de outros alimentos à dieta do bebê.
Correia <i>et al</i> ³⁶ / 2013 / Brasil / MEDLINE	Descrever o desenvolvimento e a avaliação do conteúdo do <i>site</i> referente às funções orais apresentados no “Portal babies”.	Descritivo	<i>Website</i>	Desenvolvimento e avaliação de tecnologia

Continua

Charkazi <i>et al</i> ³⁷ / 2013 / Índia/ MEDLINE	Investigar a situação de aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida dos bebês e os fatores que influenciaram através do modelo BASNEF (behavior, attitudes, subjective norms and enabling factors).	Descritivo	Modelo comportamental BASNEF (questionário)	Atitudes positivas para amamentar
Lin <i>et al</i> ³⁸ / 2008 / Reino Unido/ CINAHL	Analisar a efetividade de um programa de educação pré-natal em aleitamento para primíparas que escolheram parto cesariano eletivo; avaliar a efetividade do encorajamento para práticas positivas para aleitamento em alojamento conjunto e para aumentar o AME no hospital e um mês após o parto.	Quase-experimental	Vídeo; folheto; escala de atitudes	Aumento das taxas de AM; aumento de atitudes positivas para amamentar.
Dyson <i>et al</i> ³⁹ / 2010 / EUA/ CINAHL	Analisar fatores psicológicos que influenciam a intenção de amamentar entre adolescentes que esperam o primeiro bebê e que vivem em áreas urbanas desfavorecidas na Inglaterra.	Descritivo	Teoria do comportamento planejado (questionário)	Discussão sobre a prática do AM
Ho, McGranth ⁴⁰ /2011 / EUA/ CINAHL	Explorar atitudes de mães tailandesas e variáveis sociodemográficas para continuação do aleitamento em seis semanas de pós-parto.	Coorte	Iowa Infant Feeding Attitude Scale(IIFAS)	Detecção de necessidade de apoio adicional para a prática do AM; discussão sobre a prática do AM.
Dai <i>et al</i> ⁴¹ / 2013 / Austrália/ CINAHL	Avaliar a confiabilidade e validade de uma versão chinesa da IIFAS entre as mulheres pós-parto.	Coorte	Iowa Infant Feeding Attitude Scale(IIFAS)	Detecção de necessidade de apoio adicional para a prática do AM
Bonuck <i>et al</i> ⁴² / 2014 / EUA / CINAHL	Determinar a efetividade de cuidado primário de intervenções pré e pós-natal para aumentar o aleitamento materno.	Ensaio clínico randomizado	Aconselhamento; vínculo profissional e usuário	Aumento das taxas de AM

Quadro 2 - Publicações incluídas na revisão integrativa de acordo com autores, ano, país, base de dados, objetivo, tipo de estudo, tecnologia, classificação e contribuições para a promoção do aleitamento materno. Recife, PE, Brasil, 2015

DISCUSSÃO

Frente aos desafios na prática de aleitar, a equipe de saúde prestadora do cuidado à mulher no período gravídico-puerperal tem desenvolvido ou aplicado tecnologias para promoção do aleitamento materno. Tais recursos são considerados práticos, de fácil aplicação e com inúmeros benefícios à saúde da mulher e da criança ¹¹. As tecnologias não compreendem, contudo, apenas equipamentos e artefatos, mas também os saberes que permitem construí-las a partir das relações humanas com finalidades preestabelecidas pelo processo de trabalho ⁴³.

A utilização das tecnologias referentes às relações sociais nos processos gerenciais pode intervir na produção do cuidado, entre elas estão: o acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização ⁴³. As tecnologias são provenientes das relações humanas com intuito de satisfazer as necessidades dos usuários e valorizar os envolvidos (trabalhador e usuário de saúde) para o fortalecimento da concretização do cuidado ¹⁰. Entre as tecnologias gerenciais citadas, nesta revisão, foi identificado apenas o vínculo ^{19-21, 34, 40}.

O vínculo como tecnologia, deve ser promovido não apenas entre o usuário e profissional da saúde, mas entre mãe e recém-nascido para fortalecer a competência parental ¹⁹. Em especial, entre recém-nascidos prematuros, o vínculo precoce entre mãe e filho ¹⁹ está entre as boas práticas, garantido em todas as unidades neonatais a partir da portaria MS/GM nº 390, de 03 de setembro de 2012, o que permite aos pais a permanência integral, durante a internação do filho, promovendo o aumento nas taxas de aleitamento.

A revisão permitiu constatar que o vínculo entre profissional e usuário ^{19-20, 34, 42}, assim também o aconselhamento sobre amamentação ^{19-20, 27, 30, 34, 42} foram os estudos que apresentaram maiores taxas de aleitamento. Essas tecnologias, no entanto, foram aplicadas, em grande parte, associadas à outra tecnologia e proveniente de estudos não experimentais, por isso não se pode afirmar qual foi a mais eficaz em promover o aleitamento.

No que se refere ao vínculo e aconselhamento, apenas dois estudos ^{19, 42} foram oriundos de ensaios clínicos randomizados, capazes de confirmar os efeitos da intervenção para o aumento das taxas de aleitamento. O que aponta a carência de estudos experimentais bem delineados com a aplicação de tecnologias promotoras do aleitamento materno.

As tecnologias educacionais (TE) foram as mais utilizadas e desenvolvidas pelos profissionais da saúde, entre elas: aconselhamentos ^{19-20, 24, 27-28, 30, 33-34, 42}, computador interativo³¹, *website* ^{34, 36}, CD-ROM ²⁶, mensagens de texto no celular ³⁵, teatro-fórum ²⁵, filme²⁸, vídeos ^{27,38}, literatura de cordel ²², álbum seriado ²³, jornal ²⁴ e folheto ^{27,38}.

Sob uma perspectiva crítica, criativa e transformadora, as tecnologias são instrumentos usados por educadores para facilitar a formação do conhecimento e proporcionar a participação de todos no processo educativo, através da autonomia e construção da cidadania dos envolvidos ⁴⁴.

No âmbito da saúde, o compartilhamento de experiências entre os profissionais e pais podem ser promovidos em grupos de apoio por meio do acolhimento e aconselhamento, a fim de reforçar a competência parental e estreitamento dos vínculos entre pais e recém-nascidos para promover o aleitamento materno ^{21, 45}. Uma revisão sistemática concluiu que o apoio e a educação em aleitamento materno que combine com aconselhamento individual e em grupo, demonstrou maior impacto no aumento das taxas de AME ⁴⁶.

Nesse contexto, aconselhar vai além de fornecer informações, significa comunicar-se de maneira simples e empática, ao colocar o usuário no centro das atenções. O aconselhamento, por meio do diálogo e escuta ativa do profissional, portanto, deve fazer com que as mulheres sintam-se acolhidas e apoiadas nos aspectos referentes à amamentação ⁴⁷.

O trabalho remunerado materno tem sido associado com o desmame precoce ⁴⁸, contudo o apoio e aconselhamento a trabalhadoras formais, mediante atividades teóricas e práticas em aleitamento materno, contribuiu para a manutenção do AME. Programas de

incentivo ao aleitamento no ambiente laboral podem ser capazes de aumentar as taxas de AME até o sexto mês²⁰, pois a licença maternidade no Brasil ainda é de 120 dias para maioria das instituições.

Entre as TE, as tecnologias da informação e comunicação (TIC) são recursos promissores e têm sido largamente desenvolvidas e aplicadas na área da saúde, como encontrado entre as publicações: mensagem de texto no celular³⁵, computador interativo³¹, *website*^{34, 36} e CD-ROM²⁶. Elas têm produzido contribuições positivas para a promoção do aleitamento materno a exemplo do aumento nas taxas³⁴⁻³⁵; redução da introdução de outros alimentos à dieta do bebê³⁵; estudo de desenvolvimento e avaliação de tecnologias³⁶.

A inserção das mídias no contexto do ensino possibilita que o indivíduo busque diferentes fontes de informação, transforme-as para resolver os problemas da vida e do trabalho⁴⁹. Assim, a crescente incorporação de recursos tecnológicos, a partir das necessidades educacionais da sociedade, pode proporcionar aquisição de informações sobre aleitamento materno, a partir da autonomia dos indivíduos⁴. E para o usuário usufruir de tal aprendizado são necessárias avaliações de usabilidade desses ambientes para possibilitar o fácil acesso e compreensão das tecnologias propostas⁵⁰.

As tecnologias educativas também podem ser do tipo lúdicas: teatro-fórum²⁵, filme²⁸, vídeo^{27, 38} e literatura de cordel²². Evidências científicas de estudos experimentais comprovam a eficácia do uso de atividades lúdicas para promoção da saúde, estimulam a compreensão de determinados assuntos de forma prazerosa e reflexiva⁵¹. Entre as tecnologias lúdicas, entretanto, apenas o vídeo²⁷ esteve associado ao aumento da taxa de aleitamento materno, enquanto o teatro-fórum²⁵ proporcionou a discussão de aspectos de sua prática.

A técnica do teatro-fórum é uma forma de compartilhar histórias de vida entre os atores e expectadores a partir de um problema social, anti-modelo. O público é questionado e convidado a participar da atuação na tentativa de amenizar ou superar a opressão encenada⁵².

Ele permite a discussão, debate e ensaio da realidade, além da consciência crítica dos aspectos envolvidos no aleitamento materno por meio do controle das situações propostas ²⁵.

O filme, no papel de atividade lúdica, foi aplicado como um método de treinamento popular no Irã⁵³, a partir das opiniões dos pais sobre aleitamento, ponto fundamental no desenvolvimento de tecnologias que é atender as necessidades educacionais do público-alvo ⁴. Vídeos educativos proporcionam a aquisição de informações em saúde como recurso auxiliar, pois são de fácil acesso e permitem uma compreensão e reprodução das informações ⁵⁴. A aplicação destas tecnologias, no entanto, de maneira isolada deve ser avaliada, pois o filme em substituição pelo método face a face não contribuiu para o aumento do AME⁵⁵.

Um cordel sobre amamentação foi construído e validado, disponibilizado nos modos impresso e em áudio para ser usado por deficientes visuais. Ele esclarece mitos e tabus referentes ao aleitamento, além de reforçar a importância no vínculo durante o aleitamento materno e foi adequadamente avaliado por especialistas para os quesitos conteúdo e teoria ²². A utilização de tecnologias voltadas para o público com deficiências tenta garantir o direito de acesso às informações de saúde através de uma ação pró-ativa frente ao risco de adoecimento ⁵⁵.

Outras tecnologias educativas apresentaram o formato impresso: álbum seriado ²³, jornal ²⁴ e folheto ^{27, 38} que são de relevância por aumentar a aquisição de informações, visto que há uma carência de cuidados básicos de saúde entre os usuários ⁵⁶. A informação nesse formato está centrada na linguagem escrita e visual, aspectos relevantes para serem avaliados após o desenvolvimento das tecnologias, pois o conteúdo e as ilustrações devem ser claros, de fácil compreensão, capazes de promover o aleitamento materno ²³. A aplicação dos folhetos associados a outras tecnologias contribuiu para o aumento das taxas de aleitamento ^{27, 38}. No estudo de coorte ²⁷ houve associação entre informações cedidas no período pré-natal, quando comparadas com o pós-natal com maiores taxas de aleitamento aos seis e 12 meses da criança,

enquanto, na pesquisa quase-experimental ³⁸ a intervenção foi capaz de aumentar as taxas de AME e de atitudes positivas para o aleitamento.

A utilização do jornal ²⁴, mesmo associado ao aconselhamento, não obteve efeito sobre o aleitamento materno, enquanto o uso de folheto combinado com o vídeo ^{27, 38} resultou em aumento de suas taxas em ações realizadas no período pré-natal. Já que os estudos não foram oriundos de ensaios clínicos, não se pode afirmar que o vídeo foi responsável por esse evento.

O uso do jornal ²⁴ não apresentou resultados positivos, pôde estar relacionado ao modo pelo qual a orientação foi fornecida à mulher, talvez impositiva e verticalizadora pelos profissionais de saúde. O apoio informativo já foi associado ao desmame precoce e revelou uma possível fragilidade da assistência prestada pelos profissionais envolvidos. Estratégias educativas verticalizadas não aumentam a taxa ou duração de aleitamento por não considerar os saberes e limitações da mulher e de seus apoiadores⁷. Tal aspecto endossa o papel do profissional da saúde, facilitador do processo educativo por meio de discussão entre pais e familiares sobre assuntos importantes para a saúde da criança, pois o uso isolado de um folheto pode não ter tido contribuições eficazes⁵⁷.

O enfermeiro, nesse contexto, foi o profissional mais envolvido entre as publicações desta revisão, ele tem relevância na função de mediador das ações de educação em saúde, visto que é o profissional que atua em diversos âmbitos da assistência à saúde (atenção primária, secundária ou terciária)⁵⁸. Este membro da equipe multidisciplinar de saúde tem se destacado pelo o desenvolvimento e aplicação de tecnologias para a promoção do aleitamento materno, contudo ainda há um desafio em utilizar tecnologias provenientes das relações (tecnologias leves), que foram as menos utilizadas e das oriundas de teorias/processos ou modelos de enfermagem (leve-duras), que não foram encontradas em outra revisão¹¹.

As tecnologias em saúde também empregam elementos centrados em saberes estruturados no processo de trabalho ⁴³, a exemplo das tecnologias assistenciais (TA),

provenientes de investigações, aplicações de teorias e experiências profissionais⁸, tais quais as selecionadas nesta revisão: *Breastfeeding Self-Efficacy Scale* (BSES)^{24, 31, 34}, método LATCH (*Latches, Audible, Type, Comfort, Help*)^{29, 34}, *Iowa Infant Feeding Attitude Scale* (IIFAS)^{31-32, 34, 40-41}, escala de atitudes³⁸, teoria do comportamento planejado^{32-33, 39} e o modelo teórico comportamental BASNEF³⁷.

A BSES-SF, conhecida por escala de autoeficácia para a amamentação, composta por 14 itens, baseados nos pressupostos da teoria de autoeficácia de Bandura de 1977. Esta teoria determinar o que as pessoas pensam, sentem e são motivadas diante de situações que necessitem de persistência para enfrentar uma experiência negativa²³. Estudos, a partir da BSES, tentam fazer associação entre a disposição das mulheres em amamentar com maior manutenção do aleitamento, seria uma forma de verificar se os baixos escores da escala estariam associados com desmame.⁵⁹

As publicações desta revisão a partir da BSES-SF^{31,34} ou da BSES com 33 itens²⁴ demonstraram que a prevalência de aleitamento foi associada com a autoeficácia em apenas um estudo³⁴ e corroboraram com a ideia de que a segurança da mulher/nutriz nem sempre interfere na prática da amamentação. Uma coorte, em uma instituição privada, não verificou associação entre maior tempo de AME com maiores escores de alta eficácia, mesmo as mulheres que apresentavam maior nível socioeconômico e médio/altos escores de autoeficácia para amamentação, não foi preditiva para o desmame precoce.⁵⁹ Há um desafio em aplicar essas escalas para identificar necessidade de apoio adicional à lactação. Neste sentido, são imprescindíveis mais estudos para verificar as reais contribuições desses instrumentos para promover o aleitamento.

O método LATCH é uma maneira sistemática de documentar informações sobre a amamentação observada, formado por cinco itens que se referem à: pega, deglutição audível, tipo de mamilo, conforto da mãe e se ela necessita de ajuda para levar o bebê ao peito⁶⁰. Para

cada item, os escores variam de zero a dois e a pontuação total do método varia de zero a dez. Será considerada uma boa avaliação escores entre oito e dez ⁶¹. A boa avaliação LATCH foi associada ao AME, enquanto os baixos escores indicaram necessidade de apoio adicional à mulher para a lactação durante a internação até a alta hospitalar ²⁹.

Já a IIFAS, composta por 17 itens, permite mensurar atitudes das mulheres referentes à preferência do aleitamento materno ou uso de fórmulas lácteas, a partir de elementos da teoria do comportamento planejado ⁶². A alta pontuação da escala foi associada à prevalência de aleitamento materno. Assim, as escalas de atitudes podem ser instrumentos eficientes para determinar a necessidade de apoio adicional à nutriz para o aleitamento materno ^{32, 40-41} ou associadas ao aumento da taxa de aleitamento e a atitudes positivas em amamentação ^{34, 38}.

Questionários construídos a partir da teoria do comportamento planejado têm sido aplicados em pesquisas ^{32-33, 39}, visto que ela considera que o comportamento final do indivíduo depende da sua intenção de comportamento, sendo formada por três componentes: as atitudes (fatores individuais), normas subjetivas (pressões sociais) e controle percebido (grau de facilidade ou dificuldade para executar tal comportamento) ⁶³. Essa teoria pode ser útil para formular e avaliar intervenções de mudança de comportamento ³³; prever fatores que interferem na prática da amamentação e detectar a necessidade de apoio adicional para o aleitamento materno ³².

Em uma das publicações os pesquisadores construíram um questionário a partir do modelo comportamental BASNEF, alicerçado em pressupostos da teoria do comportamento planejado. O modelo identificou que o conhecimento de nutrízes, incentivo ao apoio do marido e de mães como norma subjetiva apresentou efeitos positivos no comportamento de amamentação, atitudes positivas, e por isso, devem ser considerados nos programas de incentivo ao aleitamento ³⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão, destacam-se as tecnologias educacionais por sua variedade e contribuições para o processo de aleitar. As tecnologias assistências apresentam uma demanda crescente e podem auxiliar na identificação de risco para o desmame precoce, principalmente, por meio de escalas. Resultados positivos para o aleitamento materno foram obtidos, principalmente, a partir do uso combinado de diferentes tecnologias, e nove publicações encontraram associação positiva entre o seu uso e o aumento das taxas de aleitamento materno.

O papel do profissional de enfermagem tem relevância, por meio da utilização ou adequação dessas tecnologias para o alcance de melhores taxas de aleitamento materno, pois cada usuária apresenta diferentes necessidades, o que requer uma atuação sensível e estimuladora desse profissional. Ainda é, portanto, um desafio desenvolver e aplicar tecnologias pela equipe multidisciplinar da saúde que tenham efeitos significativos nos indicadores das práticas de aleitar. Recomenda-se a realização de novos estudos de cunho experimental a partir de vários tipos de tecnologias na assistência à mulher e à família que sejam capazes de contribuir de modo eficaz para a promoção do aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: MS; 2011.
3. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela internet. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(2):172-5.

4. Vasconcelos MGL *et al.* Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário. *Acta Paul Enferm.* 2013;26(1):36-41.
5. Flax VL *et al.* Integrating Group Counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a Microcredit Program Increases Nigerian Women's Adherence to international breastfeeding recommendations. *J Nutr.* 2014;144:1120-4.
6. Nietzsche EA *et al.* Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o emponderamento do/a enfermeiro/a? Porto Alegre: Moriá; 2014.
7. Monte GCSB *et al.* Rede social de apoio à mulher na amamentação. *Cogitare Enferm.* 2013;18(1):148-55.
8. Nietzsche EA *et al.* Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção de docentes de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm.* 2005;13(3):344-53.
9. Lorenzetti J *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto contexto Enferm.* 2012;21(2):432-9.
10. Rossi FR, Lima MADL. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(3):305-10.
11. Joventino ES *et al.* Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):176-84.
12. Botelho LLR *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade, Belo Horizonte* 2011;5(11):121-136.
13. Brevidelli MM, Sertório SCM. Trabalho de Conclusão de Curso - Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. 4ª Ed. Iatria: Erica; 2010.
14. Mendes KDS *et al.* Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
15. Lopes CMM, Galvão CM. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm.* 2010;18(2):155-162.

16. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(1):124-31.
17. Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes com HIV/AIDS: revisão integrativa. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 153p, 2008.
18. Galvão CM. Editorial. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2).
19. Junior WS, Martinez FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. *J Pediatr*. 2007;83(6):541-6.
20. Brasileiro AA *et al*. Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1705-13.
21. Linhares FMP *et al*. Breastfeeding promotion and support strategies based on Paulo Freire's epistemological categories *Rev Nutr*. 2013;26(2):125-134.
22. Oliveira PMP, Pagliuca LMF. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade de literatura de cordel sobre amamentação. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(1):205-12.
23. Rodrigues AP *et al*. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(6): 586-93.
24. Hauck Y *et al*. Prevalence, self-efficacy and perceptions of conflicting advice and self-management: effects of a breastfeeding journal. *J Adv Nurs*. 2007;57(3):306-17.
25. Whelan B, Kearney JM. Promotion breastfeeding through drama: a preliminary study. *Food Sci Nutr*. 2010;40(13):330-9.
26. Labarère J *et al*. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Matern Child Nutr*. 2011;7:263-72.
27. Pannu PK *et al*. The effectiveness of health promotion materials and activities on breastfeeding outcomes. *Acta Paediatr*. 2011;100:534-7.
28. Kronborg H *et al*. Antenatal training to improve breast feeding: a randomised trial. *Midwifery*. 2012;2:784-90.

29. Tornese G *et al.* Does the LATCH Score Assessed in the First 24 Hours After Delivery Predict Non-Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge? *Breastfeeding Med.* 2012;7(6):423-30.
30. Witt AM *et al.* Integrating Routine Lactation Consultant Support into a Pediatric Practice. *Breastfeeding Med.* 2012;7(1):38-42.
31. Edwards RA *et al.* Use of an interactive Computer agent to support breastfeeding. *Matern Child Health J.* 2013;17(10):1961-8.
32. Donnan PT *et al.* Prediction of initiation and cessation of breastfeeding from late pregnancy to 16 weeks: the Feeding Your Baby (FYB) cohort study. *BMJ Open.* 2013;3:e003274. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003274
33. Giles M *et al.* Evaluation of a theory of planned behaviour-based breastfeeding intervention in Northern Irish schools using a randomized cluster design. *J Health Psychol.* 2014;19(1):16-35.
34. Hannula LS *et al.* A study to promote breast feeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery.* 2014;30:696-704.
35. Jiang H *et al.* Effect of Short Message Service on Infant Feeding Practice: Findings From a Community-Based Study in Shanghai, China. *JAMA Pediatrics.* 2014;168(5):471-8.
36. Correia CC *et al.* Website Babies Portal: development and evaluation of the contents regarding orofacial functions. *J appl Oral Sci.* 2013;21(6):581-9.
37. Charkazi A *et al.* Breastfeeding status during the first two years of infants' life and its risk factors based on BASNEF model structures in Isfahan. *J Edu Health Promot.* 2013;2:9. DOI: 10.4103/2277-9531.107938
38. Lin AH *et al.* Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *JCN.* 2008;17:2838-45.

39. Dyson L *et al.* Factors influencing the infant feeding decision for socioeconomically deprived pregnant teenagers: the moral dimension. *Birth*. 2010;37(2):141-9.
40. Ho YJ, McGranth JM. Predicting breastfeeding duration related to maternal attitudes in a Taiwanese sample. *JPE*. 2011;20(4):188-99.
41. Dai HX *et al.* Psychometric properties of a mainland Chinese version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among postpartum women in China. *Contemporary Nurse*. 2013;44(1):11-20.
42. Bonuck K *et al.* Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Public Health*. 2014;104(S1): 119-27.
43. Merhy EE. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
44. Martins AKL *et al.* Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):324-9.
45. Vasconcelos MGL *et al.* Vivência materna como acompanhantes de recém-nascidos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. Recife. 2006;6(1):47-57.
46. Haroon S *et al.* Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*. 2013;13(Supl 3):S20.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
48. Queluz MC *et al.* Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding in the city of Serrana, São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):537-43.

49. Tornaghi AJC. Tecnologias na educação: ensinando e aprendendo com as TIC: guia do cursista [internet]. Brasília: Secretaria de Educação a Distância, 2010. [acesso em: 06 dez 2014]. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/storage/materiais/0000011620.pdf>
50. Góes FS *et al.* Evaluation of the virtual learning object “Diagnostic reasoning in nursing applied to preterm newborns. Rev Latino Am Enferm. 2011;19(4):894-901.
51. Coscrato G *et al.* Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):257-63.
52. Canda CN. Teatro-fórum: propósitos e procedimentos. Urdimento [internet]. 2012 [acesso em: 18 dez 2014];02:119-128. Disponível em: http://www.ceart.udesc.br/ppgt/urdimento/2012/12_Teatro-Forum_-propositos_e_procedimentos.pdf
53. Khayyati F, Mansouri M. The effect of training movies on exclusive breastfeeding. Pak J Med Sci. 2009;25(3):434-8.
54. Moreira CB *et al.* Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. Rev Bras Cancerol. 2013;59(3):401-407.
55. Rodrigues SCM, Damião GC. Ambiente virtual: auxílio ao atendimento de enfermagem para surdos com base no protocolo de atenção básica. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(4):731-738.
56. Oliveira MS *et al.* Manual educativo para o auto-cuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. Texto Contexto Enferm. 2008;17(1):115-23.
57. McKellar L *et al.* ‘Coming ready or not!’ Preparing parents for parenthood. BJM. 2009;17(3):160-7.
58. Silva LD *et al.* O enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. Rev enferm UFSM. 2012; 2(2):412-19.

59. Souza EFC, Fernandes RAQ. Breastfeeding self-efficacy: a cohort study. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2014;27(5):465–470. doi: 10.1590/1982-0194201400076
60. Jensen D *et al*. LATCH: a breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994;19:209-15.
61. Báez LC *et al*. Validación al castellano de una escala de evaluación de la lactancia materna: el LATCH. *Análisis de fiabilidad*. *Index Enferm*. 2008;17(3):205-209.
62. De la Mora A *et al*. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. *J Appl Psychol*. 1999;29(11):2362-80.
63. Chinazzo IR *et al*. Comportamento sexual de risco em jovens: aspectos cognitivos e emocionais. *Psico USF*. 2014;19(1):1-12.

6.2 Primeiro Artigo Original

Efeito do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros

RESUMO

Objetivo: avaliar o efeito do uso de um *website* educativo para a prática do aleitamento entre mães de prematuros. **Método:** pesquisa quantitativa com delineamento quase-experimental com dois grupos, envolvendo uma intervenção educativa, através do *website* sobre aleitamento materno do prematuro. Foram incluídos dois hospitais titulados Amigo da Criança, alocados aleatoriamente entre grupos, controle e intervenção. Participaram da pesquisa 63 mães, 31 do grupo intervenção e 32 do controle, avaliadas após 30 dias do contato inicial. A coleta de dados ocorreu de setembro a novembro de 2015, analisados por estatística descritiva, teste do Qui-quadrado e risco relativo. **Resultados:** houve aumento significativo ($p=0,010$) da prevalência do aleitamento materno no grupo intervenção após um mês da avaliação inicial. O risco relativo de 1,38 indica um aumento de 38% do aleitamento materno entre as participantes da intervenção. O uso da tecnologia esteve associado com o aumento do aleitamento materno em prematuros nesse grupo. **Conclusão:** a tecnologia educativa foi um dos determinantes para o aumento da prevalência de aleitamento materno em prematuros.

Palavras-chaves: Tecnologia; Instrução por computador; Aleitamento materno; Pesquisa em enfermagem; Educação em saúde; Promoção da saúde.

Keywords: Technology; Instruction by computer; Breastfeeding; Nursing research; health education; Health promotion.

Palabras clave: Tecnología; Instrucción por ordenador; La lactancia materna; Investigación en enfermería; Educación para la salud; Promoción de la salud.

Introdução

Os recém-nascidos prematuros são especialmente vulneráveis a infecções e doenças, devido à instabilidade térmica, baixa reserva de carboidratos associado ao alto metabolismo por causa da atuação limitada de suas enzimas⁽¹⁾. As condições particulares do pré-termo requerem uma atuação específica e intensa pelos profissionais envolvidos na assistência de saúde, em especial no que se refere a sua nutrição.⁽²⁾

O leite materno produzido por mães de prematuros é rico em proteínas, aminoácidos, lactose, imunoglobulinas, glicosaminoglicanos e moléculas bioativas, ele confere benefícios nutricionais, imunológicos, cognitivos, sociais e emocionais para estas crianças. O leite da mãe biológica é ainda mais específico, é capaz de conferir proteção imunológica contra infecções hospitalares no recém-nascido pré-termo (RNPT), pois a presença materna na unidade neonatal estimula a produção de microorganismos daquele ambiente.⁽³⁻⁴⁾ Assim, este leite configura a melhor opção de alimento por causa de sua composição diferenciada e adaptada às necessidades do prematuro.⁽³⁾

Apesar das vantagens do aleitamento, a prática de alimentar prematuros com leite materno ainda é muito baixa. A prevalência de aleitamento materno nessa população foi de 94,9% na alta hospitalar, caindo para 40,7% após o sexto mês de vida, segundo pesquisa sergipana em 2012.⁽⁵⁾ No Brasil, observa-se que existem limitações entre alguns estudos de aleitamento materno entre prematuros, frente a amostras não significativas, e/ou, falta de acompanhamento até o sexto mês de vida.⁽⁶⁾

A prática do aleitamento entre prematuros é tarefa complexa e o seu sucesso está relacionado à aplicação de ações de educação em saúde pela equipe multidisciplinar, voltadas para a mulher e família, além de depender da maturidade neurológica e motora da criança para coordenar a sucção, deglutição e respiração e dos aspectos inerentes à mulher. Nessa etapa, é necessário o encorajamento das mães para o estímulo precoce da amamentação a fim de

aprimorar o vínculo entre mãe e filho e promover o aleitamento materno, durante a hospitalização e após a alta da criança.⁽⁷⁾ Assim, ações de educação em saúde podem ser utilizadas pelos profissionais com o suporte de tecnologias educacionais, ferramentas complementares, capazes de promover a compreensão dos benefícios do leite materno para o prematuro de modo inovador.⁽⁸⁾ As tecnologias na modalidade virtual, como o uso de software ou *website*, apresentam demanda crescente e são alternativas de fácil acesso às informações voltadas para o aleitamento materno.⁽⁹⁾

No ano de 2011, foi desenvolvido e validado o *website* “Aleitamento Materno do Prematuro” por pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - SP com o intuito de contribuir para o conhecimento dos familiares de prematuros internados na Unidade Neonatal. Uma parceria estabelecida com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) motivou a aplicação da tecnologia na Região Nordeste, para avaliar o efeito para a prática do aleitamento materno em prematuros e a sua aceitação pelas usuárias. É evidente que o apoio oferecido pelos profissionais de saúde, por membros da comunidade, amigos e familiares podem ter impacto positivo na segurança das mulheres em amamentar.⁽¹⁰⁾ O uso de ferramentas auxiliares reforça as ações de educação em saúde voltadas aos prematuros com o intuito de apoiar a prática da amamentação, por meio de um recurso inovador que respeita a autonomia de acesso aos conteúdos pelas usuárias.⁽⁸⁾

A Enfermagem tem se dedicado a pesquisas de desenvolvimento e avaliação de tecnologias educacionais virtuais que tentam promover o aleitamento materno por meio de informações relevantes para a sua prática. O presente estudo teve, portanto, por objetivo avaliar o efeito do uso de um *website* educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros.

Método

A pesquisa está inserida no projeto “Educação em saúde e o cuidado de enfermagem ao recém-nascido e sua família” vinculada ao Edital Universal 14/2013/MCTI/CNPq, processo nº 470186/203-5. Utilizou-se a metodologia quantitativa com delineamento quase-experimental que envolveu uma intervenção, porém sem randomização, formada pelos grupos: controle (GC) e intervenção (GI), em que ambos receberam as orientações de rotina das instituições sobre aleitamento materno. As participantes da intervenção tiveram acesso ao *website* educativo “Aleitamento Materno do Prematuro”.

O estudo foi realizado, em dois Hospitais Amigos da Criança da Região Metropolitana de Recife - PE, escolhidos por apresentarem perfis assistenciais semelhantes. Eles foram alocados nos grupos de maneira aleatória por meio de sorteio, na tentativa de minimizar o viés de contaminação. De critérios de inclusão, adotou-se: mães de prematuros, maiores de 12 anos, entre o primeiro e o décimo dia de pós-parto, com telefone fixo/móvel, que tivessem recebido informações sobre aleitamento durante o internamento atual e soubessem manusear o computador. Em contraposição, foram excluídas mulheres com contraindicações ao aleitamento materno ou com prematuros gemelares.

A amostra para duas proporções experimentais considerou as prevalências esperadas de aleitamento materno em uma pesquisa brasileira.⁽¹¹⁾ Foi adotado o nível de confiança 95%, o poder do teste de 90% e acrescidos 20% para possíveis perdas, com a estimativa de uma amostra de 35 mulheres por grupo a partir da amostragem aleatória sistemática. O intervalo de amostragem (IA) foi calculado através da divisão entre o tamanho da população (N) e o tamanho da amostra (n), conforme segue ($IA = N/n$). A população foi o total de partos prematuros das instituições, durante os dois meses anteriores ao período de coleta de dados. Após o cálculo, foi assumido o valor inteiro dois para o IA e o sorteio aleatório simples entre o valor 01 e 02 que definiu as participantes incluídas na pesquisa, sendo o número 01

selecionado para compor a amostra. A primeira participante, logo, foi sorteada a partir do IA=2 para seleção das próximas. A sequência de seleção amostral obedeceu à ordem de nascimentos dos prematuros, desde que satisfizesse os critérios de inclusão nos dias da coleta de dados, que ocorreu entre setembro e novembro de 2015, até a obtenção do total de participantes. Houve sete perdas, quatro do GI e três do GC, amostra final totalizou 63 mães de prematuros.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro semiestruturado com variáveis sociodemográficas, obstétricas, relativas à amamentação e ao padrão alimentar da criança após 30 dias do contato inicial com os grupos. Nessa etapa, foi agendado o retorno da ligação telefônica. Para o GC seguiram-se as etapas: entrevista, agendamento telefônico e retorno da ligação após 30 dias; no GI: após a entrevista ocorreu a navegação no *website*.

A intervenção aconteceu no alojamento conjunto ou em uma sala da casa de apoio, nos quais foi disponibilizado um *notebook* com o ambiente virtual, o que garantiu o livre acesso da usuária ao conteúdo virtual. Não houve intervenção da pesquisadora na navegação, exceto quando havia dúvidas referentes ao manuseio do ambiente virtual. Após o 30º dia do contato inicial com os grupos, o contato telefônico permitiu concluir a entrevista e verificar o desfecho primário, a prática do aleitamento materno em prematuros.

Os dados foram digitados no EPI INFO versão 3.5.2 e exportados para o software IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0 e submetidos à análise estatística. Utilizou-se a estatística descritiva, pela distribuição de frequência simples em valores absolutos e relativos, médias e desvio padrão, e a estatística bivariada pelo teste Qui-quadrado, para verificar a homogeneidade amostral entre os grupos. Nesta pesquisa, optou-se por avaliar o risco relativo (RR) intra grupo, pois a prevalência do aleitamento materno no GI após o 30º dia não foi estatisticamente significativa, quando comparada com o GC. Nos casos

em que as suposições não foram satisfeitas, aplicou-se o teste Exato de Fisher e todas as conclusões consideraram o nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CAAE nº148776130.0.0000.5208).

Resultados

A média de idade entre as mães dos prematuros, GI e GC, respectivamente, foi de 23,8 anos (DP 6,9 anos) e 24 anos (DP 07 anos) e a escolaridade, de 10,5 anos (DP 2,8 anos) e 10,6 anos (DP 2,2 anos).

A maioria das mulheres dos GI e GC, respectivamente, era procedente de municípios fora da Região Metropolitana (RM) (38,7% e 59,4%), trabalhava apenas no lar (77,4% e 56,3%), entre as que trabalhavam elas exerciam a profissão de forma legalizada (71,4% e 71,4%). O teste de homogeneidade para o perfil sociodemográfico das participantes não foi estatisticamente significativo (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mães dos prematuros. Recife/PE, Brasil, 2015

Fator avaliado	Grupo avaliado		p-valor
	Intervenção	Controle	
Procedência			
RM do Recife	7(22,6%)	9(28,1%)	0,055*
Outro município da RM	12(38,7%)	4(12,5%)	
Outro município	12(38,7%)	19(59,4%)	
Trabalho fora do lar			
Sim	7(22,6%)	14(43,7%)	0,075*
Não	24(77,4%)	18(56,3%)	
Trabalho legalizado			
Sim	5(71,4%)	10(71,4%)	1,000 [#]
Não	2(28,6%)	4(28,6%)	

*p- Teste Qui-quadrado para homogeneidade [#]p- Teste Exato de Fisher

As características maternas e dos recém-nascidos, no GI e GC, respectivamente, houve o predomínio de primíparas (51,6% e 53,1%) e sem experiência anterior de prematuridade

(66,7% e 53,3%). As características dos recém-nascidos referentes à idade gestacional (IG) foram: prematuros extremos, entre 24 e 30 semanas (0% e 9,4%); moderados, entre 31 e 34 semanas, (54,8% e 62,5%) e limítrofe, entre 35 e 37 semanas (45,2% e 28,1%). Estes também foram classificados de acordo com o peso ao nascer: extremo baixo peso, inferior a 1000g (0% e 6,2%); muito baixo peso, entre 1000g e 1500g (9,7% e 12,5%); baixo peso, entre 1500g e 2500g (80,6% e 71,9%) e normal, acima de 2500g (9,7% e 9,4%). A maioria das crianças estava na Unidade Neonatal – UCI/UTI (64,5% e 75,0%).

Na tabela 2, verifica-se que tanto as mulheres do GI quanto as do GC, respectivamente, tinham experiência anterior de amamentação (86,7% e 100,0%), porém inferior a 24 meses (69,2% e 66,7%). A prevalência inicial de aleitamento materno foi (67,7% e 96,9%), origem do leite da própria mãe (31,1% e 40,6%) e a dieta era oferecida através da sonda nasogástrica (54,8% e 62,5%). Quanto à origem do alimento, dois neonatos do GI estavam de dieta zero, devido às condições clínicas, no momento da entrevista.

Ainda, na mesma tabela, percebe-se que havia mães que não tinham recebido informações sobre aleitamento materno no internamento (58,1% e 46,9%), mas mesmo assim o hospital foi o local mais citado pelo fornecimento (46,2% e 52,9%) e o enfermeiro o principal profissional responsável em oferecer tais informações (61,5% e 58,9%). Algumas delas nunca usaram a *internet* como fonte de informações sobre aleitamento materno (83,9% e 75%), porém entre as que usaram essa ferramenta todas afirmaram encontrar informações relevantes. Apenas uma variável não foi homogênea entre os grupos, acerca das crianças que já recebiam LM durante o internamento (p-valor = 0,002) que apresentou menor prevalência no GI (67,7%), que no GC (96,9%).

Tabela 2 – Fatores avaliados sobre a amamentação entre mães de prematuros. Recife/PE, Brasil, 2015

Fator avaliado	Grupo avaliado		p-valor
	Intervenção	Controle	
Amamentação do filho anterior			
Sim	13(86,7%)	15(100,0%)	0,483 [#]
Não	2(13,3%)	0(0,0%)	
Tempo de amamentação do filho anterior ao prematuro			
Inferior a 24 meses	9(69,2%)	10(66,7%)	1,000 [#]
Maior ou igual a 24 meses	4(30,8%)	5(33,3%)	
Prematuro recebendo leite materno			
Sim	21(67,7%)	31(96,9%)	0,002*
Não	10(32,3%)	1(3,1%)	
Origem do leite			
Artificial	6(20,7%)	2(6,3%)	0,087 [#]
Materno	9(31,1%)	13(40,6%)	
Materno de doadora	3(10,3%)	10(31,3%)	
Materno mais artificial	7(24,1%)	6(18,8%)	
Materno mais pasteurizado	4(13,8%)	1(3,0%)	
Forma de oferecer o leite			
Sonda	17(54,8%)	20(62,5%)	0,670 [#]
Copinho	1(3,2%)	2(6,2%)	
Peito materno	6(19,4%)	7(21,9%)	
Peito materno mais copinho	6(19,4%)	3(9,4%)	
Translactação	1(3,2%)	0(0,0%)	
Informações sobre aleitamento			
Sim	13(41,9%)	17(53,1%)	0,374*
Não	18(58,1%)	15(46,9%)	
Local de recebimento das informações sobre aleitamento			
Posto de saúde	6(46,2%)	7(41,2%)	1,000 [#]
Hospital	6(46,2%)	9(52,9%)	
Outro	1(7,6%)	1(5,9%)	
Profissional que forneceu informações sobre aleitamento			
Médico	2(15,4%)	2(11,7%)	1,000 [#]
Enfermeiro	8(61,5%)	10(58,9%)	
Outro profissional de saúde	3(23,1%)	5(29,4%)	
Acesso a informações na internet sobre aleitamento			
Sim	5(16,1%)	8(25,0%)	0,384*
Não	26(83,9%)	24(75,0%)	

* p- Teste Qui-quadrado para homogeneidade [#] p- Teste Exato de Fisher

A prevalência de aleitamento materno entre GI e GC foi 93,5% e 93,8%, de aleitamento materno exclusivo (AME) foi (44,8% e 43,3%) após o 30º dia e o alimento mais introduzido à dieta da criança foi a água (47,1% e 41,7%). O período em que esse outro alimento foi oferecido à criança destaca-se, em ambos os grupos, que foi no domicílio 61,1% e 63,2% (Tabela 3). O principal motivo alegado para a introdução de outro alimento à dieta da criança foi o baixo fluxo de leite materno, entre 68,4% das participantes do GI e 57,1% do GC.

Tabela 3 - Padrão alimentar da criança após 30 dias do contato inicial com os grupos. Recife/PE, Brasil, 2015

Fator avaliado	Grupo avaliado		p-valor
	Intervenção	Controle	
Aleitamento Materno			
Sim	29(93,5%)	30(93,8%)	1,000 [#]
Não	2(6,5%)	2(6,2%)	
Aleitamento Materno Exclusivo			
Sim	13(44,8%)	13(43,3%)	0,908*
Não	16(55,2%)	17(56,7%)	
Outro alimento introduzido à dieta			
Fórmula infantil	14(41,2%)	11(30,6%)	0,390 [#]
Leite de vaca	3(8,8%)	4(11,1%)	
Água	16(47,1%)	15(41,7%)	
Suco	0(0,0%)	1(2,7%)	
Chá	1(2,9%)	5(13,9%)	
Período que o outro alimento foi oferecido à criança			
Apenas durante o internamento	7(38,9%)	7(36,8%)	0,226 [#]
Durante o internamento e antes do 1º mês de vida no domicílio	8(44,4%)	5(26,3%)	
Antes do 1º mês de vida no domicílio	2(11,1%)	1(5,3%)	
Após o 1º mês de vida no domicílio	1(5,6%)	6(31,6%)	

*p- Teste Qui-quadrado para homogeneidade [#]p- Teste Exato de Fisher

Verifica-se o aumento significativo da prevalência de aleitamento materno no grupo intervenção (p=0,010) após 30 dias da avaliação inicial (tabela 4). O RR foi de 1,38, indicando que após 30 dias houve um aumento de 38% no aleitamento materno no GI. No GC a prevalência de aleitamento materno decresceu, porém essa queda não foi significativa (p=1,000).

Tabela 4 - Associação da prevalência de aleitamento materno entre os grupos intervenção e controle no segundo momento da avaliação. Recife/PE, Brasil, 2015

Grupo/aleitamento materno	Momento da avaliação		RR	IC (95%)	p-valor
	Inicial	30 dias			
Grupo intervenção					
Aleitamento materno	21(67,7%)	29(93,5%)	1,38	1,06 – 1,79	0,010*
Aleitamento artificial	10(32,3%)	2(6,5%)			
Grupo controle					
Aleitamento materno	31(96,9%)	30(93,8%)	0,97	0,87 – 1,08	1,000 [#]
Aleitamento artificial	1(3,1%)	2(6,2%)			

*p- Teste Qui-quadrado para homogeneidade (p-valor < 0,05) [#]p- Teste Exato de Fisher

*p- Teste Qui-quadrado para homogeneidade (p-valor < 0,05) [#]p- Teste Exato de Fisher

Na figura 1 tem-se a prevalência de aleitamento antes e após 30 dias do contato inicial entre os grupos, houve um aumento significativo do aleitamento materno no grupo intervenção de 67,7% para 93,5%, enquanto essa prevalência reduziu no GC de 96,9% para 93,8%.

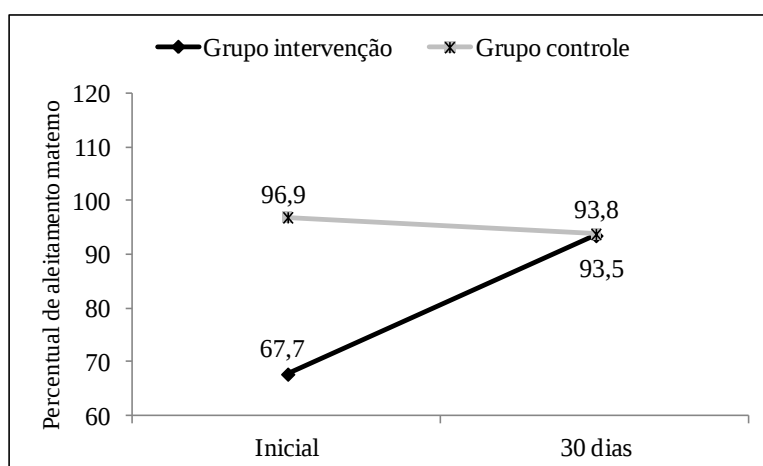


Figura 1. Prevalência de aleitamento materno em prematuro entre o grupo intervenção e controle antes e após o uso do *website*. Recife/PE, Brasil, 2015

Discussão

Os achados revelaram que a prevalência de aleitamento materno, após 30 dias do contato inicial entre os grupos, não foi significativa, entretanto, ao analisar o GI, isoladamente, identifica-se que o uso do *website* entre essas participantes foi positivo, pois esteve associado ao aumento do aleitamento materno (RR=1,38). Estudos comprovam que a prevalência de aleitamento materno é progressivamente decrescente em RNPT ao longo dos meses.^(5,12)

Inferese-se que talvez, o uso do *website* possa ter contribuído para esse aumento, o que demonstrou a eficácia para GI.

A partir de intervenções educativas, pesquisas constaram efeitos benéficos para a promoção do aleitamento materno entre prematuros como o aumento das taxas,^(11,13) O uso de tecnologias digitais voltadas para o aleitamento materno entre RNPT, contudo, ainda é pouco estudado no Brasil e no mundo. Tecnologia na modalidade digital, tal qual o *website*, já foi utilizado de modo complementar a outras intervenções educativas e associado à promoção do aleitamento materno, porém não foi investigado entre grupo de prematuros.⁽¹⁴⁾

Um estudo de base nacional dinamarquês em unidades neonatais descreveu como apoiadores à amamentação: características físicas das unidades, apoio profissional, medidas de apoio familiar (alojamento, comida e informações disponíveis aos pais, além do livre acesso deles às unidades), práticas e orientações para o aleitamento (estímulo à ordenha e contato pele a pele precoces).⁽¹⁵⁾ As características inerentes ao hospital intervenção, no estudo atual, não foram investigadas, o que pode ter interferido para a prevalência inicial de aleitamento materno menor que a do grupo controle ($p=0,002$).

As variáveis sociodemográficas das participantes, a média de idade e a escolaridade foram semelhantes às da pesquisa realizada na Região Sudeste. Além da observância do predomínio de mães procedentes de outros municípios e que não exerciam trabalho remunerado,⁽⁸⁾ apesar das regiões apresentarem distintas características socioeconômicas e culturais.

Maior percentual de prematuros classificados como moderados e de baixo peso ao nascer observou-se em outros estudos sobre a temática,^(5,12) e estas características estão associadas com menores taxas de AME em unidades neonatais.⁽¹⁶⁾ Crianças nascidas antes da 34ª semana de gestação, geralmente, apresentam dificuldades em coordenar a sucção, deglutição e respiração. Uma pesquisa, entretanto, randomizou um grupo de prematuros com IG inferior a 30 semanas para a intervenção, receber a dieta por sucção, e verificou que o modo de receber

a dieta no referido grupo não interferiu no ganho de peso. Assim, uma equipe sensível e capacitada para avaliar o início precoce do estímulo de sucção dessas crianças traz resultados positivos para o aleitamento materno.⁽¹⁷⁾ Tecnologia na modalidade de escala pode auxiliar a identificar o momento mais adequado para a introdução da dieta oral das crianças, independente da idade gestacional ou peso do prematuro, desde que aplicados por profissionais capacitados.⁽¹⁸⁾

A permanência da maioria dos recém-nascidos na unidade neonatal, conforme constatado neste estudo, corrobora com a realidade de que a separação precoce entre mãe e prematuro gera estresse em ambos e pode interferir na produção láctea. E as instituições, na tentativa de aumentarem as taxas de aleitamento por meio do preparo/estímulo das mães a cuidarem dos seus filhos e da promoção do contato precoce entre eles, segundo o método canguru pode contribuir para maior tempo de aleitamento e AME, quando comparados com recém-nascidos a termo.⁽¹⁹⁾ Tal aspecto endossa a relevância da implantação de ações efetivas para a promoção do aleitamento materno no grupo, entretanto, muitas vezes, as normas e rotinas impostas pelas unidades neonatais não contribuem para a prática do aleitamento, que dificultam a formação do vínculo entre mãe e filho. Ademais, poucos dias de separação entre eles podem interferir negativamente na amamentação.⁽²⁰⁾

As mães dos prematuros amamentaram os filhos anteriores, comprovaram a própria vivência com a prática. As experiências prévias podem ser positivas à lactação, entretanto não foi verificada associação com o aleitamento exclusivo entre prematuros no primeiro mês de vida.⁽¹⁶⁾ As participantes da pesquisa amamentaram o filho anterior por tempo inferior a dois anos de idade da criança, em desacordo com a duração recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Achados de outro estudo na temática também encontraram uma prevalência de aleitamento em prematuros superior a 90% durante o internamento.⁽⁵⁾ Desta forma, é um desafio aumentar

a prática e, mais ainda, manter a produção láctea ao longo dos meses. Ressalta-se que o colostro promove melhor crescimento e desenvolvimento gastrointestinal, imunológico e neurológico, portanto a ordenha materna deve ser estimulada nas unidades neonatais.⁽³⁾ O leite materno proporciona menores taxas de adoecimento e de rehospitalizações no primeiro ano de vida dessas crianças.^(3,21) Por outro lado, o desmame está associado a patologias a exemplo da diarreia, pneumonia e infecções, que influenciam na mortalidade infantil.^(3,19,21)

O leite materno oferecido aos RNPT ainda é insuficiente conforme constatado neste estudo, são necessários complementos com leites fornecidos por doadoras (banco de leite humano) e de fórmulas infantis, devido à baixa oferta materna. Destaca-se que estes não possuem valor imunológico e nutricional adequado à necessidade do prematuro, tal qual o proveniente da mãe biológica, o que demonstra fragilidade no apoio prestado a mulher à lactação de prematuros. E a sonda nasogástrica por vezes é necessária para alimentá-los, quando há imaturidade para coordenar a sucção-deglutição-respiração.⁽⁴⁾

Apesar das campanhas e orientações educativas, voltadas para o aleitamento conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde, ainda são poucas as informações cedidas às mulheres segundo constatado em um Hospital Amigo da Criança em Porto Alegre, 2012, em que apenas 28,4% das gestantes receberam orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal,⁽²²⁾ período ideal para prestar suporte educativo à gestante, principalmente pelos serviços de atenção primária de saúde.⁽²³⁾ A maioria das entrevistadas, no entanto, revelou que as orientações voltadas para o aleitamento materno desenvolveu-se no hospital, o que revela a necessidade de ações educativas para a promoção da saúde no cenário da atenção básica.

Entre a equipe multidisciplinar de saúde, o enfermeiro é um dos profissionais mais engajados nas ações de educação em saúde, conforme citado pelas entrevistadas. O enfermeiro destaca-se na equipe de saúde pela formação pautada em competências que ultrapassam as questões de assistência e de gestão, relacionadas também à comunicação e educação, segundo as

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. O apoio educativo, emocional e para a prática do aleitamento prestado a mães de prematuros pelos enfermeiros deve ocorrer de forma precoce ainda no ambiente hospitalar e continuar após a alta. O suporte inclui atividades educativas, bem como estímulo a ordenha precoce, medidas capazes de aumentar a prevalência de aleitamento, quando comparado com um grupo que não recebeu as intervenções.⁽¹³⁾

As tecnologias educacionais oferecem suporte às mães de prematuros para aquisição de informações relevantes para a prática do aleitamento⁽⁸⁾ e são capazes de aumentar as suas taxas, como já identificado.⁽¹³⁾ Foi observado, todavia, que poucas participantes utilizaram a *internet* como fonte de informação sobre aleitamento, o que demonstrou a necessidade do recurso ser mais difundido por ser opção de apoio informativo.

Entre os alimentos introduzidos de maneira precoce à dieta da criança, ainda no primeiro mês de vida, a água foi o mais citado, o que demonstra equívoco na prática. E entre os motivos para a introdução de outros alimentos, esteve a percepção de leite insuficiente, segundo consta em outra pesquisa envolvendo mães de prematuros, pois é considerado fator de risco para o desmame.⁽¹³⁾ Este aspecto endossa a relevância do apoio profissional contínuo mães para a prática, não apenas durante a permanência hospitalar.

A introdução de outro alimento ocorreu no ambiente domiciliar. O fato reforça a necessidade de implantação de programas educativos voltados para o aleitamento, não apenas durante o internamento, mas no acompanhamento ambulatorial de prematuros. Estes são eficazes em aumentar o aleitamento materno nesse grupo e incluem atividades educativas individuais, apoio emocional, estímulo ao contato com o prematuro e ordenha precoces.^(11,13) Portanto, o apoio às mães de prematuros deve ser contínuo, estendendo após a alta hospitalar.

Conclusão

A intervenção com o uso do *website* pode ter sido um dos determinantes para aumentar a prática do aleitamento em mães de prematuros, dentre outros não investigados na pesquisa. O uso do *website* foi associado a um aumento significativo do aleitamento materno entre as participantes da intervenção, mesmo quando ocorreu em um momento pontual e sem mediação de um educador/profissional.

Essa tecnologia educacional proporcionou o acesso a informações, de modo inovador, referentes à lactação do prematuro como a ordenha mamária até a efetivação da amamentação para o grupo considerado de risco para desmame precoce.

Tem-se por limitação do estudo o curto período de seguimento destas crianças em apenas um mês, quando o ideal seria o acompanhamento do aleitamento até o sexto mês de vida. Por isso, existe a necessidade de outros estudos com maior tempo de seguimento do grupo, a partir de diferentes delineamentos, para verificar as reais contribuições dessa tecnologia educacional em promover o aleitamento materno em outras populações.

REFERÊNCIAS

1. Sistema de Nascidos Vivos - SINASC. [internet]. 2013 [acesso em: 05 nov 2015]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
2. Lawn JE, Davidge R, Paul VK, Von Xylander S, Johnson JG, Costello A, et al. Born too soon: Care for the preterm baby. *Reprod Health*. 2013;10(Suppl 1):S5.
3. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr Clin North Am*. 2013;60(1):189-207.
4. Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. *J Pediatr*. 2004;80:S163-72.

5. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev Paul Pediatr* 2014;32(2):171-7. DOI: 10.1590/0103-0582201432213113
6. Gomes JLGC, Rosetto EG, Souza SNDH, Scochi CGS. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight - a systematic review. *OBJN, Niterói*. 2009;8(2):572-7.
7. Santana M CCP, Goulart BNG, Chiari BM, Melo AM, Silva EHAA. Breastfeeding in premature babies: Speech-language and audiology performance based on education for health promotion concepts. *Cienc Saude Colet* 2010;15(2):411-7.
8. Vasconcelos MGL, Góes FSN, Fonseca LMM, Ribeiro LM, Scochi CGS. Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):36-41.
9. Silva RQ; Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em *sites* brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant* 2010;10(3):331-40. 11.
10. Dunn S, Davies B, Mccleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(1):87-97.
11. Junior WS, Martinez FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. *J Pediatr*. 2007;83(6):541-6.
12. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia; *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7.
13. Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing* 2008;34(2):125-38.
14. Hannula LS *et al*. A study to promote breast feeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery*. 2014;30:696-704.

15. Maastrup R, Bojesen SN, Kronborg H, Hallström I. Breastfeeding Support in Neonatal Intensive Care: A National Survey. *J Hum Lact*. 2012;28(3):370-79.
16. Azevedo M, Cunha MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Rev HCPA*. 2013;33(1):40-49.
17. Simpson C, Schanler RJ, Lau. Early introduction of oral feeding in preterms infants. *Pediatrics* 2002; 110: 517-22.
18. Fujinaga CI, Moraes SA, Zamberlan-Amorim NE, Castral TC, Silva AA, Scochi CGS. Clinical validation of the Preterm Oral Feeding Readiness Assessment Scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(spe):140-145.
19. Silva WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev CEFAC* [internet]. 2013 [acesso em 15 dez 2015];15(1):160-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2012nahead/102-11.pdf>
20. Santos TAS, Dittz ES, Costa PR. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm Cent O Min*. 2012;2(3):438-450.
21. Maayan-Metzger A, Avivi S, Schushan-Eisen I, Kuint J. Human milk versus formula feeding among preterm infants: short-term outcomes. *Am J Perinatol*. 2012;29(2):121-6.
22. Teles JM, Bonilha ALL, Gonçalves AC, Santo LCE, Mariot MDM. Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. *Rev. Eletr. Enf.* [internet]. 2015 [acesso em: 10 dez. 2015];17(1):94-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i1.26208>. - doi: 10.5216/ree.v17i1.26208
23. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Dal Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(4):789-800.

6.3 Segundo Artigo Original

Avaliação de usuárias da Região Nordeste sobre conteúdo e aparência do *website*

“Aleitamento Materno do Prematuro”

RESUMO

Objetivo: descrever a avaliação de usuárias da Região Nordeste sobre aparência e conteúdo do *website* educativo. **Método:** pesquisa de natureza quantitativa, descritiva e transversal; realizada com 35 mães de prematuros nascidos, em um Hospital Amigo da Criança da Região Metropolitana do Recife. Para coleta de dados, utilizou-se um roteiro semiestruturado para caracterização da amostra; uma escala de Likert para avaliação do *website* com itens relativos à aparência (clara e compreensiva) e ao conteúdo (relevante). Para análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva, por meio de frequência simples, média e desvio padrão.

Resultados: os conceitos, concordo plenamente e concordo, foram superiores a 70% para todos os subitens da escala. Todas as usuárias consideraram que o ambiente proporcionou aprender sobre aleitamento materno do prematuro, foi de fácil uso e seria recomendado para familiares e amigos. **Conclusão:** o *website* foi positivamente avaliado por usuárias nordestinas em consonância com estudo a partir da mesma tecnologia da Região Sudeste.

Descritores: Pesquisa em Enfermagem; Aleitamento Materno; Tecnologia; Instrução por Computador.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de tecnologias promotoras do aleitamento materno tem uma demanda crescente no campo da enfermagem. A finalidade do uso é disseminar informações sobre os benefícios do leite materno, durante o cuidado prestado para os pais, em especial a mãe, e para a formação dos profissionais de saúde⁽¹⁾.

Tecnologias não se referem apenas a equipamentos, mas a processos capazes de promover a integralidade do cuidado ao usuário de saúde a partir da prestação do cuidado ou da implementação da educação em saúde em enfermagem⁽²⁾. No cuidado em enfermagem, o uso de tecnologias pode promover a participação ativa dos sujeitos envolvidos no processo educativo e melhorar a assistência aos clientes⁽³⁾.

Os profissionais de saúde podem utilizar ambientes digitais de aprendizagem, na função de recursos auxiliares às ações de educação e saúde para facilitar o acesso a informações relevantes para o aleitamento materno de prematuros⁽⁴⁾. O apoio dos serviços e profissionais de saúde é necessário para o sucesso de sua prática, pois o aleitamento materno é tarefa complexa em neonatos prematuros⁽⁵⁾. E o leite da própria mãe é o alimento que promove maiores vantagens quando comparados com outros, devido à composição diferenciada e adaptada às necessidades desse grupo, o que confere benefícios imunológicos, nutricionais, cognitivos, sociais e afetivos^(5,6).

No Brasil, a exemplo de outros países, as prevalências de aleitamento são baixas e decrescentes ao longo dos meses de vida das crianças, em especial entre neonatos pré-termo, de 94,9% na alta, caindo para 40,7% aos seis meses, segundo uma coorte de um estado Nordeste em 2013. Taxas bem aquém das preconizadas pelo Ministério da Saúde, de ser exclusivo até o sexto mês de vida⁽⁷⁾. O que reforça a utilização de tecnologias digitais de modo complementar, tais como o *website*, nas ações de educação em saúde capazes de aumentar as taxas de aleitamento materno⁽⁸⁾.

Não basta criar, contudo, ambientes digitais no processo de ensino-aprendizagem são necessárias avaliações das tecnologias desenvolvidas por especialistas da área e pelo público-alvo. As avaliações de conteúdo e aparência pelo público alvo, portanto, possibilitam mensurar: a relevância do conteúdo e sua contribuição para a aprendizagem sobre o tema; bem como a sua clareza, visual, facilidade de uso e navegabilidade⁽⁴⁾. As avaliações desses ambientes promovem a sua melhor adequabilidade ao usuário, para que o objetivo seja alcançado, a aprendizagem do seu público alvo⁽⁹⁾.

Resultados negativos com o uso dessas ferramentas podem revelar dificuldades no manejo com o computador ou *internet*, reforçando a relevância das avaliações dessas tecnologias⁽¹⁰⁾.

A partir dessa perspectiva, aplicou-se o *website* “aleitamento materno do prematuro” entre mulheres da Região Nordeste para verificar a avaliação entre essas usuárias sobre a referida tecnologia educativa que havia sido desenvolvida por pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) e validada por especialistas de enfermagem e informática⁽¹¹⁾. E entre o público alvo do Sudeste havia sido considerada informativa, de fácil uso e pode contribuir para apoiar mães a partir da aquisição de informações sobre aleitamento materno⁽⁴⁾.

Assim, foi traçada como questão de pesquisa: qual a opinião das usuárias da Região Nordeste sobre o *website* educativo “aleitamento materno do prematuro”? O presente estudo teve por objetivo: descrever a avaliação de usuárias da Região Nordeste sobre aparência e conteúdo do *website* educativo.

MÉTODO

Esta pesquisa está inserida no projeto universal “Educação em saúde e o cuidado de enfermagem ao recém-nascido e sua família” (CAAE nº 14877613.0.0000.5208), surgiu de uma parceria entre os desenvolvedores do *website* e o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf / UFPE), a fim de aplicar a referida tecnologia na Região Nordeste.

Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva e transversal, a partir de um recorte de um estudo quase-experimental, formado por dois grupos (controle e intervenção), em que o grupo intervenção utilizou o *website*, além de receber as orientações de rotina de uma instituição com título amigo da criança. A população foi composta por mães de prematuros nascidos em um hospital da Região Metropolitana do Recife, PE. A amostral foi definida com base na equação para cálculo para duas proporções experimentais, com a consideração das prevalências esperadas de aleitamento materno em prematuros de outro estudo de intervenção brasileiro⁽¹²⁾. Foi utilizado o nível de confiança de 95%, o poder do teste de 90% e acrescidos 20% para possíveis perdas, e obteve-se uma amostra de 35 participantes por grupo.

A amostragem foi do tipo aleatória sistemática, escolheu-se os números ímpares para compor a amostra, a partir do cálculo do intervalo de amostragem. A sequência seguiu a ordem de nascimento dos prematuros, desde que satisfizesse os critérios de inclusão da amostra: mães maiores de 12 anos; entre o primeiro e décimo dia de pós-parto; também, que elas tivessem recebido informações sobre aleitamento na internação atual e soubessem manusear o computador. Excluíram-se as mães sem condições clínicas ou emocionais para participar da intervenção, gemelaridade e mãe e/ou neonato com contraindicações ao aleitamento.

Utilizou-se o instrumento de coleta: um questionário semiestruturado para caracterização da amostra, adaptado do projeto universal e uma escala do tipo Likert para avaliar a opinião das usuárias sobre impressão geral (seis itens) e conteúdo (três itens) do *website*, adaptada de

outro estudo⁽⁴⁾. A coleta de dados ocorreu entre setembro e novembro de 2015, no período diurno e de acordo com a disponibilidade das participantes.

A intervenção ocorreu na enfermaria do puerpério ou casa de apoio intra-hospitalar para as mães de alta hospitalar. O *website* foi disponibilizado no modo *off line* por meio de um *notebook*, por não está hospedado na *internet*. Não houve intervenção da pesquisadora durante a navegação para reduzir o viés da pesquisa e garantir que a intervenção fosse adequadamente recebida⁽¹³⁾, exceto quando as usuárias apresentavam dúvidas relativas ao manuseio do ambiente virtual. Após a navegação, as usuárias respondiam a uma escala auto-aplicada com questões referentes à aparência e conteúdo do *website*, através de conceitos (concordo plenamente, concordo, não sei, discordo e discordo plenamente) para cada subitem. Ainda havia um espaço abaixo da escala, para que as usuárias pudessem contribuir com comentários ou sugestões.

Para análise dos dados, foi construído um banco no programa EPI INFO versão 3.5.2, o qual foi exportado para o IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Os dados foram submetidos à estatística descritiva por meio de frequência simples, média e desvio padrão. O *website* foi considerado adequadamente avaliado, se obtivesse 70% ou mais de concordância para cada subitem da escala, conforme estudos brasileiros^(4,14).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 466/2012 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (Parecer: 1.215.491). Todas participantes aceitaram participar, de modo voluntário, da pesquisa após esclarecimentos e assinatura dos termos de consentimento.

RESULTADOS

A média de idade das participantes da pesquisa foi de 23,9 anos (DP 6,9 anos); a escolaridade, de 10,5 anos (DP 2,5 anos); e a renda familiar mensal de 2,1 salários mínimos (DP 0,8 salários).

Em relação à procedência, a maioria das participantes (77,1%) era de outros municípios diferentes do Recife.

No que concerne à idade gestacional de nascimento do neonato, 42,9% foram classificados prematuros limítrofes os que estavam entre 35-37 semanas de gestação; 54,3% foram considerados prematuros moderados, entre 31-34 semanas; e 2,9% foram prematuros extremos, por estarem abaixo de 30 semanas.

Os hábitos computacionais das usuárias constam na Tabela 1, 48,6% das participantes tinham disponibilidade de computador, 48,6% acessaram a *internet* pelo celular e 45,7% fizeram curso de informática.

Tabela 1 - Distribuição dos hábitos computacionais das usuárias do *website*. Recife/PE, Brasil, 2015

Variáveis	n(%)
Disponibilidade ao computador	
Sim	17(48,6%)
Não	18(51,4%)
Local de acesso	
Computador no domicílio	08(22,9%)
Celular	17(48,6%)
Outro local fora do domicílio	10(28,6%)
Curso de informática	
Sim	16(45,7%)
Não	19(54,3%)

O tempo de navegação, no referido ambiente virtual, variou entre 20 e 83 minutos, com tempo médio de 36,4 minutos (DP 15,1 minutos).

Sobre a avaliação da impressão geral do *website* (Tabela 2), todas as mães usuárias consideraram o ambiente fácil de usar e o recomendaria às amigas e familiares.

Dois itens obtiveram avaliação de discordância, entre eles: “mostra retorno imediato” entre 2,9% das usuárias e “permitiu navegar sem auxílio” entre 11,4% delas.

Ainda entre as respostas referentes à aparência, foram encontrados conceitos “não sei” para 04 itens da escala, destacando-se o item “mostra retorno imediato” como o mais prevalente, entre 20% das usuárias.

Tabela 2 - Distribuição da opinião das usuárias sobre a aparência do *website*. Recife/PE, Brasil 2015

Critérios	Avaliação das usuárias				
	Concordo Plenamente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo Plenamente
É fácil de usar	28(80%)	07(20%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
O visual é agradável	29(82,9%)	5(14,3%)	01(2,9%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Permite escolher o que quer aprender sobre aleitamento	26(74,3%)	07(20%)	02(5,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Mostra retorno imediato	17(48,6%)	10(28,6%)	07(20%)	01(2,9%)	0(0,0%)
Permite navegar sem auxílio	22(62,9%)	05(14,3%)	04(11,4%)	04(11,4%)	0(0,0%)
Recomendaria o uso do <i>website</i>	31(88,6%)	4(11,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)

A respeito da opinião referente ao conteúdo (Tabela 3), todas participantes consideraram que o ambiente possibilitou aprender sobre aleitamento materno do prematuro.

Houve apenas um item de discordância (discordo e discordo plenamente, respectivamente) na avaliação “proporciona aprender sem auxílio” entre 8,6% e 2,9% das respostas.

E para o item “seria interessante ter *website* como este para outros temas do prematuro” 5,7% das respostas foram “não sei”.

Tabela 3 - Distribuição da opinião das usuárias sobre o conteúdo do *website*. Recife/PE, Brasil, 2015

Critérios	Avaliação das usuárias				
	Concordo Plenamente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo Plenamente
Possibilita aprender sobre aleitamento materno do prematuro	31(88,6%)	04(11,4%)	0(0,0%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Seria interessante ter <i>website</i> como este com outros temas do prematuro	31(88,6%)	02(5,7%)	02(5,7%)	0(0,0%)	0(0,0%)
Proporciona aprender sem auxílio	22(62,9%)	07(20%)	02(5,7%)	03(8,6%)	01(2,9%)

Segundo a Figura 1, o *website* obteve mais de 70% de prevalência de concordância (conceitos concordo e concordo plenamente) para todos os itens da escala relativos à impressão geral e ao conteúdo e concordância absoluta para os itens: fácil de usar, se o recomendaria e possibilita aprender sobre aleitamento materno do prematuro.



Figura 1 - Prevalência da concordância plena/concordância da opinião das usuárias sobre o *website*. Recife/PE, Brasil, 2015

Entre os relatos das usuárias foram levantados aspectos referentes ao conteúdo, com destaque para o comentário de uma mãe, ao considerar que o vídeo facilitou o seu aprendizado. E houve apenas uma sugestão relacionada à aparência do ambiente, para que o tamanho da letra fosse maior. Cabe ressaltar que o comentário descrito, dentre outros que não foram mencionados, bem como a sugestão são pertinentes e contribuirão para as devidas adequações na tecnologia utilizada e inseridas a sua versão final.

DISCUSSÃO

As características sociodemográficas do presente estudo foram semelhantes às de usuárias da Região Sudeste, segundo pesquisa com o uso da mesma tecnologia.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2013, houve um aumento de 2,6 milhões de internautas em um ano. Em Pernambuco, no mesmo ano, a média de pessoas com acesso à *internet* foi de 42,7%, semelhante à média nacional de 42,4%, o que a configura como um recurso promissor de fonte de informação e comunicação, no Brasil, e no estado citado⁽¹⁵⁾.

O celular também foi citado como veículo de navegação na *internet*, por ser o mais prevalente na pesquisa, o que contraria dados da pesquisa nacional de 2013 que traz o celular em segundo lugar como meio de acesso a rede no domicílio⁽¹⁵⁾. Talvez esse achado seja reflexo da mudança do perfil dos usuários nesse período, visto que não foram disponibilizados dados mais atuais da pesquisa nacional.

Na pesquisa, optou-se por selecionar participantes que soubessem manusear o computador, pela necessidade de seleção de uma população com características bem definidas⁽¹⁰⁾. Acredita-se que saber utilizar a tecnologia proposta permite aos participantes maiores contribuições referente ao uso da mesma.

O tempo de navegação oscilou entre as participantes, com a possibilidade de estar relacionado aos diferentes ritmos de aprendizagem dos indivíduos que confere autonomia de acesso aos conteúdos disponíveis, de acordo com o interesse dos usuários relativos à determinada temática⁽¹⁰⁾. As diferentes IG dos neonatos também podem ter contribuído para esse aspecto da navegação, pois as informações referentes à lactação são específicas e variam de acordo com a maturidade de cada prematuro.

O desenvolvimento de tecnologias é um ramo crescente entre pesquisadores de enfermagem, o que tem possibilitado preencher lacunas no conhecimento e avanços nesse campo, com a

finalidade de melhorar a assistência de enfermagem aos clientes^(16,17). Os estudos de validação de conteúdo e aparência de tecnologias entre leigos/público-alvo são imprescindíveis para verificar se as ferramentas propostas foram claras e compreensivas (impressão geral) e relevantes para determinado tema (conteúdo)⁽¹⁸⁾.

A opinião das usuárias sobre a aparência do *website* revelou que todas consideraram o ambiente fácil de usar e os recursos ilustrativos tem papel de relevância para esse aspecto. Os vídeos, ilustrações e animações são recursos que facilitam o aprendizado a partir de simulações de eventos reais, o que tornam seu uso mais atrativo e motivador pelo público-alvo^(9,17). As informações relevantes a exemplo da ordenha mamária até a efetivação da amamentação, dentre outras, foram apresentadas através de recurso de multimídia (escrito e animação) e de simulações, o que permitiu o acesso aos conteúdos de modo fácil e interativo⁽⁴⁾.

Ainda sobre a aparência, a recomendação do uso da ferramenta para amigos e familiares foi unânime, conforme pesquisa na Região Sudeste, o que atesta a satisfação das usuárias com a tecnologia educativa “aleitamento materno do prematuro”⁽⁴⁾.

As sugestões durante a etapa de avaliação de tecnologias digitais permitem as devidas adequações com finalidade de facilitar o acesso às informações aos usuários finais,⁽⁹⁾ conforme sugerido por uma usuária para aumentar o tamanho da letra do conteúdo escrito.

As respostas “não sei” entre os itens pode representar dificuldades de entendimento dos itens da escala, ou em caso que não houvesse concordância ou discordância entre as proposições, visto que as usuárias não tiveram alternativa de opinião neutra nesta escala. O ideal é que haja uma opção para o participante sentir-se mais a vontade para expressar a própria opinião ou ausência dela⁽¹⁹⁾.

Em relação aos critérios referentes ao conteúdo, todas as participantes consideraram que o *website* possibilitou aprender sobre aleitamento materno do prematuro. A avaliação de

ambientes virtuais de aprendizagem promove melhorias dessas tecnologias para que o objetivo seja alcançado, a aprendizagem do usuário⁽⁹⁾, como descrito pelas participantes.

Ferramentas educativas criativas e participativas podem criar/fortalecer o vínculo entre os pais/família com o neonato e com os profissionais envolvidos na assistência ao binômio. Ademais, o compartilhamento de informações necessárias ao cuidado da criança e prática da lactação, contidas no preparo para a alta proporciona melhoria na assistência prestada materno-infantil⁽¹¹⁾.

Os benefícios do estudo referem-se, principalmente, a aquisição de informações relevantes para as mães usuárias da tecnologia durante o período de internação do prematuro, voltadas para os cuidados com a criança e para o estímulo da ordenha mamária até a amamentação propriamente dita. Tal apoio tecnológico pode ser inserido, como recurso auxiliar, às ações de educação em saúde existentes nas unidades neonatais, podendo ter repercussões positivas para a prática da lactação para esse grupo dito vulnerável ao desmame precoce.

Outro benefício é a possibilidade de melhoria da tecnologia desenvolvida, a partir das opiniões dos usuários finais de diferentes realidades regionais, referentes ao conteúdo e impressão geral desse ambiente.

Dentro das limitações do estudo têm-se que: a intervenção com o uso do *website* ocorreu em um momento pontual e as dúvidas sobre lactação surgem, principalmente, ao longo de sua prática. O ideal seria que o *website* estivesse disponível sob livre acesso, para que pudesse ser consultado durante o surgimento das possíveis dúvidas, garantindo o princípio da acessibilidade ao usuário. A referida tecnologia educativa, entretanto, estará disponível para o público, após as devidas modificações para melhor atendimento das necessidades e satisfação dos usuários⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

A tecnologia educativa “aleitamento materno do prematuro” foi positivamente avaliada por usuárias da Região Nordeste, obtendo concordância (conceitos concordo e concordo plenamente) superior a 70% para cada subitem da escala de avaliação subjetiva.

As mães/usuárias revelaram que aprenderam sobre o aleitamento materno do prematuro e referiram facilidade e satisfação com o uso do ambiente virtual.

REFERÊNCIAS

1. Joventino ES, Dodt, RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2011[cited 2015 nov 02];32(1):176-84. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100023&script=sci_arttext
2. Nietzsche EA, Teixeira E, Medeiros HP. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o emponderamento do (a) enfermeiro (a)? Porto Alegre: Moriá; 2014.
3. Oliveira AS, Damasceno AKC, Moraes JL, Moreira KAP, Teles LMR, Gomes LFS. Technology used by companions in labor and childbirth: a descriptive study. *Online braz j nurs* [internet]. 2014 Mar [cited 2015 dec 02]; 13 (1):36-45. Available from: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4254/pdf_78
4. Vasconcelos MGL, Góes FSN, Fonseca LMM, Ribeiro LM, Scochi CGS. Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2013[cited 2015 dec 02 dec];26(1):36-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100007&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Rego JD. Aleitamento materno. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2015.
6. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr. Clin. North Am.* 2013;60(1):189-207.
7. Menezes MAS, Garcia DC, Melo EV, Cipolotti R. Recém-nascidos prematuros assistidos pelo Método Canguru: avaliação de uma coorte do nascimento aos seis meses. *Rev Paul Pediatr* 2014;32(2):171-7. DOI: 10.1590/0103-0582201432213113
8. Hannula LS, Kaunonen ME, Puukka PJ. A study to promote breast feeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery*. 2014;30:696-704.
9. Góes FSN, Camargo RAA, Fonseca LMM, Oliveira GF, Hara CYN, Felipe HR, Caldas NB. Avaliação de tecnologia digital educacional “sinais vitais e anatomia” por estudantes da

educação profissionalizante em enfermagem. Rev Min Enferm. 2015;19(2):37-43. DOI: 10.5935/1415-2762.20150024

10. Góes FSN, Fonseca LMM, Furtado MCC, Leite AM, Scochi CGS. Evaluation of the virtual learning object “Diagnostic reasoning in nursing applied to preterm newborns. Rev Latino Am Enferm [internet]. 2011 [cited 2015 dec 10]19(4):894-901. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011-000400007&script=sci_arttext&tlng=pt

11. Ferecini GM. Desenvolvimento e Avaliação de um objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 158f, 2011.

12. Junior WS, Martinez FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. J Pediatr. 2007;83(6):541-6.

13. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

14. Fonseca LMM, Aredes ND, Leite AM, Santos CB, Lima RAP, Scochi CGS. Evaluation of an educational technology regarding clinical evaluation of preterm newborns. Rev Latino-Am Enferm [internet]. 2013. [cited 2015 dec 10] ;21(1):363-70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100011

15. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal – 2013. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. 2015

16. Silva MAR, Vedovato TG, Lopes MBDM, Monteiro MI, Guirardello EB. (2013). Vadaation studies in nursing: integrative review. Rev Rene [internet]. 2013.[cited 2015 dec 15];14(1):218-28. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/54>

17. Alavarce DC, Pierin AMG. Elaboração de uma hipermídia educacional para o ensino do procedimento de medida da pressão arterial. Rev. esc. enferm. USP [internet]. 2011. [cited 2015 de 15];45(4):939-944. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400021&script=sci_arttext

18. Rodrigues AP, Nascimento LA, Dodt RCM, Oriá MOB, Ximenes LB. Validação de um álbum seriado para promoção da autoeficácia em amamentar. Acta Paul Enferm [internet]. 2013. [cited 2015 dec 15];26(6): 586-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000600013

19. Dalmoro M, Vieira KM. Dilemmas of the type Likert scales construction: does the number of items and the disposition influence results? RGO [internet]. 2013[cited 2015 dec 20];6:161-74. Available from: <http://bell.unochapeco.edu.br/revistas/index.php/rgo/article/view/1386/1184>

7. CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa foram ao encontro da hipótese H1, na qual o grupo intervenção houve aumento significativo da prevalência do aleitamento materno após o uso do *website*, enquanto, no grupo controle, o aleitamento materno decresceu.

Algum fator relacionado ao grupo intervenção contribuiu para que a prevalência inicial, antes do uso do *website*, fosse inferior a do grupo controle, que, nesta pesquisa, não foi investigado. Fatores como a rede de apoio à mulher, contato precoce entre mãe e neonato prematuro, o modo como as orientações educativas ocorreu, se houve o compartilhamento de informações e respeito as individualidade de cada participante para os aspectos referentes ao aleitamento, dentre outros, também podem interferir para o sucesso do aleitamento entre mães de prematuros.

Por outro lado, o uso da tecnologia educativa esteve associado com o aumento significativo da prevalência de aleitamento materno após 30 dias da avaliação inicial entre as participantes da intervenção. O *website* pode ter sido um dos fatores que contribuiu para esse aumento, mesmo a intervenção acontecendo em um momento pontual e sem mediação de um educador/profissional da saúde. Por outro lado, no grupo controle, houve uma queda da prática do aleitamento materno. A amamentação entre prematuros é uma prática complexa e interferida por inúmeras questões de ordem fisiológico-hormonais, emocionais/psicológicas e sociais, como discutidas anteriormente, que não foram avaliadas nesta pesquisa.

Cabe destacar a importância do estudo, por ser capaz de proporcionar informações sobre o aleitamento materno do prematuro a esse grupo considerado de risco para o desmame precoce pelas dificuldades para a sua prática. Informações acerca das características do neonato prematuro e da ordenha precoce até o estabelecimento da amamentação podem contribuir para fortalecer o vínculo entre mãe e neonato e reforçar a relevância do aleitamento materno para esse grupo.

Uma limitação do estudo foi o curto tempo de seguimento dessas crianças em apenas um mês, visto que o ideal de pesquisas sobre aleitamento materno é o acompanhamento até o sexto mês de vida.

Evidencia-se a necessidade de outros estudos que investiguem outros aspectos relevantes à prática do aleitamento materno do prematuro por diferentes delineamentos de pesquisa, como por meio de uma intervenção educativa a partir de um mediador/educador sensível e capacitado para o aleitamento materno e que não ocorra apenas em um momento

pontual para verificar as reais contribuições dessa tecnologia educativa para a promoção do aleitamento materno.

A tecnologia educativa “Aleitamento Materno do Prematuro” foi positivamente avaliada por usuárias da Região Nordeste e obteve concordância (conceitos concordo e concordo plenamente) superior a 70% para cada subitem da escala de avaliação subjetiva. Todas as mães/usuárias do *website* revelaram que aprenderam sobre o aleitamento materno do prematuro e referiram facilidade e satisfação com o uso da tecnologia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. Consolidação do Sistema de Nascidos Vivos – 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. Lawn JE, Davidge R, Paul VK, Von XYlander S, Johnson JG, Costello A, Kinney MV, Segre J, Molyneux E. Born too soon: Care for the preterm baby. *Reprod Health*. 2013;10(Suppl 1):S5.
3. 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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 96p.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2011.
5. Underwood MA. Human milk for the premature infant. *Pediatr. Clin. North Am*. 2013;60(1):189-207.
6. Maayan-Metzger A, Avivi S, Schushan-Eisen I, Kuint J. Human milk versus formula feeding among preterm infants: short-term outcomes. *Am J Perinatol*. 2012; 29(2):121-6.
7. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999;70:525-535.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.
9. Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding in premature infants: in-hospital clinical management. *J Pediatr*. 2004;80:S163-72.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
11. Gomes J et al. The prevalence of breastfeeding in prematures with very low birth weight – a systematic review. *OBJN, Niterói*. 2009;8(2):572-7.
12. Czechowski AE, Fujinaga CI. Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia; *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(4):572-7.
13. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Vivência materna como acompanhantes de recém-nascidos. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. Recife. 2006;6(1):47-57.
14. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um

hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. *Cienc Cuid Saude*. 2008;7(2):145-154.

15. Ferecini GM, Fonseca LMM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scochi CGS. Percepção de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):250-6.

16. Rego JD. Aleitamento materno. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

17. Bicalho-Mancini PG, Velásquez-Meléndez G. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. *J Pediatr*. 2004;80(3):241-8.

18. Monte GCSB. Rede social da mulher no contexto do aleitamento materno. Dissertação (mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciência da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 193f, 2012.

19. Linhares FMP, Pontes CM, Osório MM. Breastfeeding promotion and support strategies based on Paulo Freire's epistemological categories. *Rev Nutr*. 2013;26(2):125-134.

20. Junior WS, Martinez FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. *J Pediatr*. 2007;83(6):541-6.

21. Ahmed AH. Breastfeeding preterm infants: an educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing* 2008;34(2):125-38.

22. Martins AKL, Nunes JM, Nóbrega MFB, Pinheiro PNC, Souza AMA, Vieira NFC, Fernandes AFC. Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):324-9.

23. Vasconcelos MGL, Góes FSN, Fonseca LMM, Ribeiro LM, Scochi CGS. Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário. *Acta Paul Enferm*. 2013; 26(1):36-41.

24. Joshi A, Wilhelm, Aguirre T, Trout K, Amadi C. An Interactive, Bilingual Touch Screen Program to Promote Breastfeeding Among Hispanic Rural Women: Usability Study. *JMIR Res Protoc*. 2013;2(2): 1-19.

25. Góes FSN, Fonseca LM, Furtado MC, Leite AM, Scochi CGS. Evaluation of the virtual learning object “Diagnostic reasoning in nursing applied to preterm newborns. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(4):894-901.

26. Brasil. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal – 2013. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. 2015

27. Bastable SB. O enfermeiro como educador: princípios de ensino-aprendizagem para a prática da enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

28. Galafassi FP, Gluz JC, Galafassi C. Análise Crítica das Pesquisas Recentes sobre as Tecnologias de Objetos de Aprendizagem e Ambientes Virtuais de Aprendizagem. *Revista Brasileira de Informática na Educação*. 2014; 21(3):41-52. ISSN 1414-5685. Disponível em: <<http://br-ie.org/pub/index.php/rbie/article/view/2351/2457>>. Acesso em: 26 Fev. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.5753/RBIE.2013.21.03.100>.
29. Barbosa SF, Marin HF. Web-based simulation: a tool for teaching critical care nursing. *Rev Latino Am Enferm*. 2009;17(1):7-13.
30. Ferecini GM. Desenvolvimento e Avaliação de um objeto digital de aprendizagem sobre o aleitamento materno do prematuro. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 158f, 2011.
31. Hannula LS, Kaunonen ME, Puukka PJ. A study to promote breast feeding in the Helsinki Metropolitan area in Finland. *Midwifery*. 2014;30:696-704.
32. Edwards RA, Bickmore T, Jenkins L, Foley M, Manjourides J. Use of an interactive Computer agent to support breastfeeding. *Matern Child Health J*. 2013;17(10):1961-8.
33. Sistema de Nascidos Vivos - SINASC. 2013 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>> Acesso em: 05 nov 2015.
34. Martin J, Hamilton B, Ventura S et al. Births: final data for 2010. *Natl Vital Stat Rep*. 2012; 61(1):1–100.
35. Zelkowitz, P. Prematurity and Its Impact on Psychosocial and Emotional Development in Children. *Encyclopedia on early childhood development* [on line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2006: 1-5.
36. Sistema de Nascidos Vivos - SINASC. Núcleo de Epidemiologia e informações hospitalares do Hospital das Clínicas – UFPE. Relatório 2012.
37. UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação Mundial da Infância. Caderno Brasil (DF), 2008.
38. Vanderlei LCM et al . Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Recife 2010 dec; 10(4).
39. Sousa MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. *ConScientiae Saúde*. 2008;7(2):269-74.
40. Sistema de Nascidos Vivos - SINASC. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10uf.def>> Acesso em: 16 jul 2014.
41. McCormick MC. Preterm Delivery and its Impact on Psychosocial and Emotional Development in Children. *Encyclopedia on early childhood development* [on line]. Montreal,

Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2004: 1-5.

42. Rosa MKO, Gaíva MAM. Qualidade da atenção hospitalar ao recém-nascido. *Rev RENE*. 2009;10(1):159-65.

43. WORDL HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/en/> Acesso em: 16 mai 2014.

44. Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomais E. Fatores de risco para crianças pequenas para idade gestacional. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(1): 24-9.

45. Tessier R, Nadeal L. A situação atual das pesquisas sobre prematuridade extrema e vulnerabilidades associadas. *Encyclopedia on early childhood development* [on line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. 2012:1-5.

46. Rodrigues OMPR, Bolsoni-Silva AT. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2011;21(1):111-121.

47. Delmaschio KL et al. Amamentação: percepções de mães com filhos internados em unidade de terapia intensiva neonatal de uma maternidade do município do rio de janeiro/breastfeeding: perceptions of mothers whose children are in neonatal intensive care units at a maternity hos. *Ceres: nutrição & saúde* 2011;4(2): 79-86.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

49. Silva MC et al. Perinatal stress: characteristics and effects on adult eating behavior. *Rev Nutr* [online]. 2013;26(4):473-480

50. Joventino ES, Dodt, RCM, Araujo TL, Cardoso MVLML, Silva VM, Ximenes LB. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(1):176-84.

51. Buarque V, Lima MC, Scott RP, Vasconcelos MGL. O significado do grupo de apoio para a família de recém-nascidos de risco e equipe de profissionais na unidade neonatal. *J. Pediatr. Porto Alegre*, 2006;82(4): 295-301. 2014.

52. Gallegos-Martínez L, Reynes-Hernández J, Scochi CGS. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação na unidade neonatal para os pais. *Rev. Latino Am Enfermagem*. 2013;21(6):1360-6.

53. Monteiro JCS, Nakano AMS. O aleitamento materno enquanto uma prática construída: Reflexões acerca da evolução histórica da amamentação e desmame precoce no Brasil. *Invest. educ. Enferm. Medellín* 2011 jul; 29(2).

54. Santos TAS, Dittz ES, Costa PR. Práticas favorecedoras do aleitamento materno ao recém-nascido prematuro internado na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm Cent O Min*. 2012; 2(3):438-450.
55. Giuliani, NR, Oliveira J, Santos BZ, Bosco VL. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. João Pessoa, 2012;12(1):53-58.
56. Mcinnes RJ, Chambers J. Infants admitted to neonatal units. *Maternal & child nutrit*. 2008;4(4):235–314.
57. Javorski M, Caetano LC, Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. As representações sociais do aleitamento materno para mães de prematuros em unidade de cuidado canguru. *Rev Latino Am Enferm*. 2004;12(6):890-8.
58. Chiodi LC, Aredes NDA, Scochi CGS, Fonseca LMN. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. São Paulo 2012;25(6):969-74.
59. Mendonça APB. Critérios de qualidade para sites de saúde: uma proposta. Dissertação (mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 97f, 2013.
60. *WORLD WIDE WEB FOUNDATION. History of the web*. 2012. Disponível em:< <http://webfoundation.org/about/vision/history-of-the-web/>> Acesso em: 20 set 2015.
61. Central Intelligence Agency- CIA. Home: Library. The world factbook. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/br.html>> Acesso em: 20 set 2015.
62. Brasil. Ministério das Comunicações. Telecentros. 2015. Disponível em: < <http://www.governoeletronico.gov.br/acoes-e-projetos/inclusao-digital/telecentros>> Acesso em: 20 set 2015.
63. Vasconcellos-Silva PR, Castiel LD. As novas tecnologias de autocuidado e os riscos do autodiagnóstico pela internet. *Rev Panam Salud Publica* 2009;26(2).
64. Silva RQ; Gubert MB. Qualidade das informações sobre aleitamento materno e alimentação complementar em *sites* brasileiros de profissionais de saúde disponíveis na internet. *Rev. Bras. Saúde Matern Infant* 2010; 10(3):331-40.
65. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Padrões Web em governo eletrônico: cartilha de usabilidade. Brasília: MP, SLTI, 2010.
66. Barbosa Sayonara de Fatima Faria, Marin Heimar de Fatima. Simulación utilizando la web: una herramienta para la enseñanza de enfermería en terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2009 Feb [cited 2016 Mar 06] ; 17(1): 7-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000100002>.

67. Fonseca LMM, Leite AM, Vasconcelos MGL, Castral TC, Scochi CGS. Cartilha educativa on line sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. *Cienc Cuid Saude* 2007;6(2):238-244.
68. Matuhara AM, Naganuma M. Impacto de um manual instrucional sobre o aleitamento materno de recém-nascidos pré-termos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Pediatrics* 2006;28(2):91-7.
69. Miranda KCL, Barroso MGT. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*, 2004;2(4):631-5.
69. Brevidelli MM, Sertório SCM. Trabalho de Conclusão de Curso - Guia Prático para Docentes e Alunos da Área da Saúde. In: Galvão CM, Mendes KDS, Silveira RCCP. Revisão Integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. 4ª Ed. Iatria: Erica; 2010.
71. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4):758-64.
72. Lopes CMM, Galvão CM. Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2010;18(2):155-162.
73. Lorenzetti J *et al*. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto contexto Enferm*. 2012;21(2):432-9.
74. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no período perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino Am Enferm*. 2006;14(1):124-31.
75. Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes com HIV/AIDS: revisão integrativa. Dissertação (mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 153p, 2008.
76. Galvão CM. Editorial. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2).
77. Nietzsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção de docentes de enfermagem. *Rev Latino Am Enferm*. 2005;13(3):344-53.
78. Nietzsche EA *et al*. Tecnologias cuidativo-educacionais: uma possibilidade para o emponderamento do/a enfermeiro/a? Porto Alegre: Moriá; 2014.
79. Rossi FR, Lima MADL. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(3):305-10.
80. Zem-Mascarenhas SH, Cassiane SHB. A criança e o medicamento: software educacional sobre administração de medicamento em pediatria. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(4):499-507.

81. Bolzan W, Giraffa LMN. Estudo comparativo sobre Sistemas Tutores Inteligentes Multiagentes Web. Faculdade de Informática – PUCRS. Relatório Técnico. Porto Alegre, 2002.
82. Oliveira Junior, JAG. Apoio à avaliação de usabilidade na *web* – desenvolvimento do USEWEB. Dissertação (mestrado profissional). Instituto de Computação, Universidade Estadual de Campinas, 116f, 2007.
83. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
84. Oliveira SCD. Efeito de uma intervenção educativa na gravidez para alimentação saudável com os alimentos regionais. Tese (doutorado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Fortaleza, 150f, 2014.
85. Arango HG. Bioestatística: teórica e computacional com bancos de dados reais em disco. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
86. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
87. Baley J, Clark M, Stepheard R. Duration of breastfeeding in young women: psychological influences. Br J Midwifery. 2008;16(3):172-8.
88. Dai HX; Guan XD; Li XM; You LM; Lau Y. Psychometric properties of a mainland Chinese version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among postpartum women in China. Contemporary Nurse 2013 44, 1, 11-20.24.
89. Labarère J, Baudino NG, Laborde L, Arragain D, Schelstraete C, François P. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. Maternal & Child Nutrition [internet] 2011 [cited 2014 jul 10];7:263-72.
90. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. Brasília, 2012.

APÊNDICE A – Formulário de caracterização da amostra

Formulário - Caracterização da Amostra	
Identificação	
Nome (iniciais): _____	Data: ____/____/____
Nº: _____	Telefones para contato: _____ / _____
Observação: Onde a informação não se aplica colocar 88	
Parte A - Variáveis Sociodemográficas	
1. Idade da mulher: ____ anos	1. ____
2. Escolaridade: 1- sem instrução 2- instrução de adultos (ensino de jovens e adultos – EJA) 3- 1º ciclo do fundamental incompleto (1º ao 5º ano) 4- 1º ciclo do fundamental completo 5- 2º ciclo do fundamental incompleto (6º ao 9º ano) 6- 2º ciclo do fundamental completo 7- ensino médio incompleto 8- ensino médio completo 9- superior incompleto 10- superior completo	2. ____
3. Estado Civil: 1-casada 2-união consensual 3-solteira 4-divorciada 5-viúva	3. ____
4. Procedência: 1- Recife 2- Outro município da Região Metropolitana 3- Outro município 4- Outro estado	4. ____
5. Trabalho fora do lar: 1- Sim 2- Não	5. ____
6. Legalizado: 1- sim 2-não 88- não se aplica	6. ____
7. Renda familiar: R\$_____ reais	7. ____
8. Mãe localizada onde: 1- alojamento conjunto 2- quarto das mães 3- em casa	8. ____
9. Recém-nascido localizado onde: 1-com mãe/ AC 2-UCI/UTI 3-canguru	9. ____
Parte B – Variáveis Obstétricas	
10. Nº de gestação anterior: _____	10. ____
11. Número de filhos anteriores vivos: _____	11. ____
12. Número de filhos anteriores prematuros: _____	12. ____
13. Números de consultas do pré-natal: _____	13. ____
14. Sexo do recém-nascido: 1-Feminino 2-Masculino	14. ____
15. Idade Gestacional do nascimento do RN: _____ semanas	15. ____
16. Peso de nascimento do bebê: _____	16. ____
17. Tipo de parto: 1-normal 2- cesária 3- fórceps	17. ____
18. Tempo de pós-parto: _____ horas	18. ____
Parte C - Variáveis relativas à amamentação	
19. Amamentação anterior: 1-sim 2-não 88- não se aplica	19. ____
20. Tempo de amamentação do último filho: ____ dias	20. ____
21. Prematuro recebendo leite materno: 1- sim 2- não. Se não, por quê? _____	21. ____
22. Forma de receber o leite: 1- sonda 2- copinho 3 –peito materno 4-peito+copinho 5-translactação 88- não se aplica	22. ____
23. Origem do leite do prematuro: 1- artificial 2- materno 3- doadora (banco de leite) 4-leite materno+complemento 5- leite materno + doadora 88- não se aplica 99-ignorado	23. ____
24. Informações sobre aleitamento antes das cedidas pelo banco de leite humano nessa internação: 1- sim 2- não	24. ____

25. Local que recebeu informações: 1- em casa 2- posto de saúde 3- hospital 4- outro _____ 77- não lembra 88- não se aplica	25. ____
26. Quem forneceu informações: 1-parente 2- amigo 3- médico 4- enfermeiro 5- técnico de enfermagem 6-fisioterapeuta 7- outro profissional de saúde 8-TV 9- internet 77- não lembra 88- não se aplica	26. ____
27. Momento que recebeu informações: 1- gestação anterior 2- nessa gestação 3- durante o TP ou parto 4- puerpério anterior 5- puericultura 6- antes da gestação 77- não lembra 88- não se aplica	27. ____
28. Já usou a internet para buscar informações sobre aleitamento materno:1-sim 2-não	28. ____
29. Se sim, as informações encontradas responderam suas dúvidas, foram relevantes: 1-sim 2- não 3- em parte 88- não se aplica	29. ____
Parte D - Variáveis relacionadas ao uso do computador	
30. Disponibilidade ao computador: 1- sim 2- não	30. ____
31. Local de acesso à internet, principal: 1- casa 2- trabalho 3- escola/faculdade 4- casa de parentes ou amigos 5- celular 6 – ciber ou lun house 7- outro: _____ 99-ignorado	31. ____
32. Curso de informática: 1- Sim 2- Não	32. ____
33. Dificuldade em usar computador: 1- sim 2- não 3- em parte	33. ____
34. Frequência de uso: 1- diária 2- semanal 3- mensal 99-ignorado	34. ____
35. Horas aproximadas de utilização da internet/semana: _____ horas	35. ____
36. Tempo de navegação no website: _____ minutos	36. ____
37. Precisou de ajuda para navegar: 1- Sim 2- Não	37. ____
38. Utilizou os jogos do website: 1-sim 2-não	38. ____
Parte E - Prática do aleitamento materno após 30º dia	
Data agendada do retorno: ____/____/____ Horário: _____	
Data: ____/____/____	
39. Número de tentativas de ligação: _____	39. ____
40. Onde a criança está agora? 1-casa 2-AC 3-UCI/UTI 4-Canguru	40. ____
41. A criança continua recebendo leite materno (LM): 1-sim 2-não	41. ____
42. Se não, qual motivo para o desmame:_____	42. ____
43. Se recebendo LM, de que forma:1- sonda 2-copinho 3-peito materno 4-peito+complemento 5-translactação 88- não se aplica	43. ____
44. Aleitamento materno exclusivo: 1- sim 2- não	44. ____
45. Se não, qual o outro alimento ou líquido foi introduzido na dieta da criança:_____	45. ____
46. Forma de oferecer outro alimento: 1-mamadeira 2-copinho 3-sonda 4-colher 5 –outro	46. ____
47. Quando? _____	47. ____
48. Por que introduziu outros alimentos? _____	48. ____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Serviço Público Federal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Para maiores de 18 anos e emancipadas)

Título: Efeito do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros

Investigadora: Naélia Vidal de Negreiros Silva

Orientadora: Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Local do estudo: Departamento de Enfermagem da UFPE

Contato da equipe de pesquisa: naeliav@yahoo.com.br; fone: (081) 2126-8566 (Mestrado acadêmico); mariagoretevasconcelos@gmail.com

Convidamos você para participar de uma pesquisa de forma totalmente voluntária. O objetivo dessa pesquisa é avaliar o efeito do uso de um *website* (página acessada pela internet) para a prática aleitamento materno entre prematuros. A pesquisa será realizada na instituição onde a senhora (Sra.) se encontra e será formada por um grupo controle e um intervenção. Caso a Sra. faça parte do grupo intervenção, além da entrevista também terá que acessar o *website* contendo informações sobre aleitamento materno do prematuro. Esse acontecerá em uma sala reservada e no horário de sua escolha (08 às 18horas), com a duração média de uma hora sem interrupções ou pressões. Após a conclusão do acesso ao *website* fará uma avaliação dele através de um *check-list* (questionário de marcar "X") com questões relativas ao conteúdo e aparência geral, além de deixar sugestões e comentários para melhorá-lo, se for de seu interesse. Caso, a Sra. faça parte do grupo controle apenas será realizada a etapa da entrevista sobre dados pessoais, de aleitamento e uso do computador e a ligação com 30 dias com objetivo de concluir a outra parte da entrevista sobre aleitamento, de acordo com o seu dia e horário de preferência.

Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecida sobre a sua participação na pesquisa. Após receber as informações, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você terá o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Venho desde já agradecer por sua colaboração e dizer que a sua participação será muito importante, porque irá contribuir para melhorias no *website* aleitamento materno do prematuro e para futuras pesquisas na área.

Eu estarei presente durante todas as fases da pesquisa e caso a senhora tenha dúvidas relativas à utilização do computador poderei esclarecer apenas as questões relativas a manuseio do

mesmo, porém ao fim da pesquisa poderemos conversar sobre a temática ou as questões relativas ao estudo.

Entre os benefícios da participação na pesquisa, caso faça parte do grupo de intervenção, estarão o acesso às informações sobre aleitamento materno do prematuro através do *website* educativo. Se a senhora fizer parte do grupo controle (não acessará o *website*), porém após a coleta dos dados e comprovação da eficácia do *website*, ele se tornará de domínio público. Ainda entre os benefícios, está a possível sensação de conforto por ter a oportunidade de discutir sobre aleitamento com um profissional ao final da pesquisa. Entre os prejuízos e riscos mínimos, poderá haver fadiga ou desconforto relacionado às etapas da pesquisa e ao constrangimento por responder a algumas questões pessoais e sobre o aleitamento materno. As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima citado pelo período mínimo de cinco anos.

A senhora não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos consulte: 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.

Naélia Vidal de Negreiros Silva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ concordo em participar do estudo como voluntária, após a leitura e escuta deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e esclarecer as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável.

Fui devidamente informada e esclarecida 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 (interrupção da assistência ou do acompanhamento do prematuro).

Local: _____ data ____/____/____

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Duas Testemunhas

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Serviço Público Federal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para responsável legal pela menor de 18 anos)

Título: Efeito do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros

Investigadora: Naélia Vidal de Negreiros Silva

Orientadora: Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Local do estudo: Departamento de Enfermagem da UFPE

Contato da equipe de pesquisa: naeliav@yahoo.com.br; fone: (081) 2126-8566 (Mestrado acadêmico); mariagoretevasconcelos@gmail.com

Solicitamos a autorização do(a) Sr.(a) para convidar a sua filha para participar, como voluntária da pesquisa.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o efeito do uso de um *website* (página acessada pela internet) para a prática aleitamento materno entre prematuros. A pesquisa será realizada na instituição onde a participante se encontra e será formada por um grupo controle e um intervenção. Caso a voluntária faça parte do grupo intervenção, além da entrevista também terá que acessar o *website* contendo informações sobre aleitamento materno do prematuro. Esse acontecerá em uma sala reservada e no horário de sua escolha (08 às 18horas), com a duração média de uma hora sem interrupções ou pressões. Após a conclusão do acesso ao *website* ela fará uma avaliação dele através de um *check-list* (questionário de marcar "X") com questões relativas ao conteúdo e aparência geral, além de deixar sugestões e comentários para melhorá-lo, se for de seu interesse. Caso, a participante faça parte do grupo controle apenas será realizada a etapa da entrevista sobre dados pessoais, de aleitamento e uso do computador e a ligação com 30 dias com objetivo de concluir a outra parte da entrevista sobre aleitamento, de acordo com o seu dia e horário de preferência.

Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecida sobre a participação da menor na pesquisa. Após receber as informações, caso concorde que a menor faça parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você terá o direito de retirar o consentimento da participação da voluntária em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Venho desde já agradecer por sua colaboração e dizer que a participação dela será muito importante, porque irá contribuir para melhorias no *website* aleitamento materno do prematuro e para futuras pesquisas na área.

Eu estarei presente durante todas as fases da pesquisa e caso o (a) Sr. (a) tenha dúvidas relativas à utilização do computador poderei esclarecer apenas as questões relativas a manuseio do mesmo, porém ao fim da pesquisa poderemos conversar sobre a temática ou as

questões relativas ao estudo. Entre os benefícios da participação na pesquisa, caso faça parte do grupo de intervenção, estarão o acesso da menor às informações sobre aleitamento materno do prematuro através do *website* educativo.

Caso ela faça parte do grupo controle (não acessará o *website*), após a coleta dos dados e comprovação da eficácia do *website*, ele se tornará de domínio público. Ainda entre os benefícios, está a possível sensação de conforto por ter a oportunidade de discutir sobre aleitamento com um profissional ao final da pesquisa. Entre os prejuízos e riscos mínimos, poderá haver fadiga ou desconforto relacionado às etapas da pesquisa e ao constrangimento por responder a algumas questões pessoais e sobre o aleitamento materno.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, sendo assegurado o sigilo sobre a participação da menor. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima citado pelo período mínimo de cinco anos.

O (a) Sr. (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento pela participação da menor nesta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos consulte: 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.

Naélia Vidal de Negreiros Silva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo “efeitos do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros” como voluntária.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação da menor. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (interrupção da assistência ou do acompanhamento do prematuro) para mim ou para a menor.

Local: _____ data ____/____/____

Assinatura da participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.

Duas Testemunhas

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido



Serviço Público Federal

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para menores de 18 anos)

Título: Efeito do *website* educativo para a prática do aleitamento materno em prematuros

Investigadora: Naélia Vidal de Negreiros Silva

Orientadora: Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Local do estudo: Departamento de Enfermagem da UFPE

Contato da equipe de pesquisa: naeliav@yahoo.com.br; fone: (081) 2126-8566 (Mestrado acadêmico); mariagoretevasconcelos@gmail.com

Convidamos você, após autorização dos seus pais, ou dos responsáveis legais, para participar como voluntário (a) da pesquisa.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar o efeito do uso de um *website* (página acessada pela internet) para a prática aleitamento materno entre prematuros. A pesquisa será realizada na instituição onde você se encontra e será formada por um grupo controle e um intervenção. Caso você faça parte do grupo intervenção, além da entrevista também terá que acessar o *website* contendo informações sobre aleitamento materno do prematuro. Esse acontecerá em uma sala reservada e no horário de sua escolha (08 às 18 horas), com a duração média de uma hora sem interrupções ou pressões. Após a conclusão do acesso ao *website* você fará uma avaliação dele através de um *check-list* (questionário de marcar "X") com questões relativas ao conteúdo e aparência geral, além de deixar sugestões e comentários para melhorá-lo, se for de seu interesse. Caso, a você, faça parte do grupo controle apenas será realizada a etapa da entrevista sobre dados pessoais, de aleitamento e uso do computador e a ligação com 30 dias com objetivo de concluir a outra parte da entrevista sobre aleitamento, de acordo com o seu dia e horário de preferência.

Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecida sobre a sua participação na pesquisa. Após receber as informações, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você terá o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Venho desde já agradecer por sua colaboração e dizer que a sua participação será muito importante, porque irá contribuir para melhorias no *website* aleitamento materno do prematuro e para futuras pesquisas na área.

Eu estarei presente durante todas as fases da pesquisa e caso você tenha dúvidas relativas à utilização do computador poderei esclarecer apenas as questões relativas a manuseio do

mesmo, porém ao fim da pesquisa poderemos conversar sobre a temática ou as questões relativas ao estudo.

Entre os benefícios da participação na pesquisa, caso faça parte do grupo de intervenção, estarão o acesso às informações sobre aleitamento materno do prematuro através do *website* educativo. Se você fizer parte do grupo controle (não acessará o *website*), porém após a coleta dos dados e comprovação da eficácia do *website*, ele se tornará de domínio público. Ainda entre os benefícios, está a possível sensação de conforto por ter a oportunidade de discutir sobre aleitamento com um profissional ao final da pesquisa. Entre os prejuízos e riscos mínimos, poderá haver fadiga ou desconforto relacionado às etapas da pesquisa e ao constrangimento por responder a algumas questões pessoais e sobre o aleitamento materno.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em pastas de arquivo pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora no endereço acima citado pelo período mínimo de cinco anos.

Você ou seus pais, não pagarão e nem receberão nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pela pesquisadora (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos consulte: 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.

Naélia Vidal de Negreiros Silva

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____ concordo em participar do estudo, como voluntária, após a leitura e escuta deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e esclarecer as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável.

Fui devidamente informada e esclarecida 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 desistir de participar a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (interrupção da assistência ou do acompanhamento do prematuro).

Local: _____ data ____/____/____

Assinatura da menor: _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite da voluntária em participar.

Duas Testemunhas

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A - Escala de Avaliação Subjetiva do *website*

Nome (iniciais): _____ Nº: _____

Impressão Geral das usuárias sobre o ambiente virtual

Critérios	Concordo Plenamente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo plenamente
O visual é agradável					
É fácil de usar					
Mostra retorno imediato					
Permite navegar sem auxílio					
Permite escolher o que quer aprender sobre aleitamento					
Recomendaria o <i>website</i> às amigas ou familiares					

Avaliação das usuárias sobre o conteúdo do ambiente virtual

Critérios	Concordo Plenamente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo plenamente
Proporciona aprender sem auxílio					
Possibilita aprender sobre aleitamento materno do prematuro					
Seria interessante ter <i>website</i> como este com outros temas do prematuro					

Sugestões/críticas/comentários (sua opinião é muito importante para nosso trabalho):

Fonte: Vasconcelos MGL, Góes FSN, Fonseca LMM, Ribeiro LM, Scochi CGS. Avaliação de um ambiente digital de aprendizagem pelo usuário. Acta Paul Enferm. [internet] 2013;26(1):36-41.

ANEXO B – Carta de anuência do Hospital Barão de Lucena

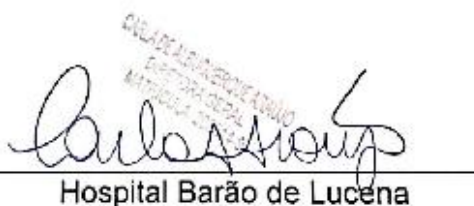


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital Barão de Lucena - SUS/PE

Termo de Anuência

Eu Carla de Albuquerque Araújo, Diretora do Hospital Barão de Lucena, estou ciente e de acordo com a realização da pesquisa intitulada "EFEITO WEBSITE EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS", que será desenvolvida por Naélia Vidal de Negreiros Silva, com início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Recife, 13 de maio de 2015.



Hospital Barão de Lucena

Hospital Barão de Lucena
AV. Caxangá, 3860 Iputinga – Recife PE
Fone: 3184-6400 / fax: 3184-6409

ANEXO C – Carta de anuência do Hospital Agamenon Magalhães



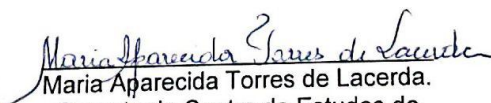
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES

Divisão do Centro de Estudos

Carta de Anuência

Por meio desta o Hospital Agamenon Magalhães autoriza a realização da pesquisa intitulada: **"EFEITO DO WEBSITE EDUCATIVO PARA A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EM PREMATUROS"**, que tem como objetivo: Avaliar o efeito do uso de um website educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros. Os dados serão coletados com mães de prematuros em aleitamento materno após o 30º dia, que participarem dos grupos de controle e de intervenção, por Naélia Vidal de Negreiros Silva aluna regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco, tendo como orientadora Profª Drª Maria Gorete Lucena de Vasconcelos e Coorientadora Profª Cleide Maria Pontes. Esta autorização poderá ser suspensa a qualquer momento se forem identificadas irregularidades no processo de coleta de dados ou caso a instituição deseje. Garantimos ainda que seja mantida a privacidade dos participantes do estudo, bem como da Instituição, sendo os dados utilizados exclusivamente para fins acadêmicos.

Recife, 27 de abril de 2015.


Maria Aparecida Torres de Lacerda.
Gerente do Centro de Estudos do
Hospital Agamenon Magalhães

Maria Aparecida T. Lacerda
Gerente do Centro de Estudos
Mat. 191978

ANEXO D – Parecer Consubstanciado do CEP

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres 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: 4

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: 1.215.491

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao projeto pesquisa "Educação em saúde e o cuidado de enfermagem ao recém-nascido e sua família" (CAAE 14877613.0.0000.5208) na qual a pesquisadora principal solicita autorização para mudança dos seguintes itens: objetivos, delineamento da pesquisa, local do estudo e a inclusão da mestranda Naélia Vidal de Negreiros Silva em substituição da mestranda Gleicy Cristhine.

A justificativa do acréscimo do objetivo visa melhor atender as características metodológicas do estudo e contribuir para o público-alvo (mães e prematuros). A mudança do local de estudo do Hospital das Clínicas (HC) para os hospitais Barão de Lucena e Agamenon Magalhães ocorreu porque a UTI neonatal do HC está fechada sem previsão de retorno de suas atividades e para a conclusão do mestrado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGEnf/UFPE) tem prazos a serem cumpridos. Quanto a substituição da mestranda a mesma ocorreu em decorrência da desistência da mestranda Gleicy Cristhine passando a mestranda Naélia Vidal de Negreiros Silva a assumir os objetivos específicos (5 e 6) do projeto inicial. Cabe ressaltar que todas as modificações pretendidas foram acrescentadas no projeto da nova mestranda com as mudanças destacada em marca-texto no documento outro do dia 16 junho de 2015 anexado à Plataforma Brasil assim como as cartas de anuências dos dois novos hospitais envolvidos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.215.491

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo primário desta proposta é avaliar o efeito do uso de um website educativo para a prática do aleitamento materno entre mães de prematuros. Os Objetivos Secundários são: 1) descrever a opinião da usuária sobre aparência e conteúdo do website; 2) verificar a associação das variáveis relativas ao uso do computador e a prática do aleitamento materno no grupo de intervenção; 3) comparar os padrões de aleitamento materno entre os grupos de intervenção e controle.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa terá riscos mínimos relativos a participação da mãe do prematuro, em função de se sentir constrangida em fornecer informações relacionadas ao conhecimento e prática do aleitamento materno. Neste caso, ela não será obrigada a responder.

Benefícios: Quanto aos benefícios da participação da mãe, a pesquisa poderá contribuir para seu aprendizado sobre aleitamento materno do prematuro. Além de beneficiar o grupo de pesquisa -Cuidando da Criança e Família/UFPE/CNPq-, contribuindo para uma assistência qualificada e humanizada das crianças e suas famílias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa Interinstitucional entre os Departamentos de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco e a Universidade de São Paulo, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, intitulada Educação em Saúde e o Cuidado de Enfermagem ao Recém-nascido e sua família. Participam da pesquisa as Professoras Doutoras Carmem Gracinda Silva Scochi, Maria Gorete Lucena de Vasconcelos, Luciana Pedrosa Leal, Cleide Maria Pontes, Iracema da Silva Frazão e Luciana Mara Monti Fonseca. A pesquisa compreenderá etapas metodologicamente distintas. Para estimar a prevalência de prematuridade e seus fatores de risco vem sendo realizado um estudo de corte transversal, descrevendo o perfil epidemiológico da família segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e biológicas. Através de delineamento quase experimental, do tipo tempo-série, será realizada uma intervenção educacional com as mães por meio do acesso à web site - Aleitamento Materno do Prematuro -, visando avaliar a sua aprendizagem cognitiva, sendo aplicado um pré-teste antes da coleta de dados e um pós-teste após a intervenção. Em etapa posterior visando identificar a opinião das mães sobre o uso da web site. O critério de seleção da família ocorreu através da inclusão da mãe do prematuro no grupo de apoio, cujo filho foi assistido na unidade neonatal por período igual ou superior a sete dias e que tenha participado no mínimo de três reuniões grupais. Os dados quantitativos serão analisados no

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.215.491

software EPH-INFO, utilizando para determinação da prevalência da prematuridade o cálculo percentual e respectivo intervalo de confiança de 95%, verificando a associação com algumas variáveis, através do teste de qui-quadrado, considerando significância quando o valor de p for menor do que 0,05. A partir dos depoimentos as falas serão transcritas e analisadas, utilizando-se o software ALCESTE.

A pesquisa tem sua importância fundamentada a educação em saúde visto que a inserção do cuidado centrado na família vem modificando padrões usuais da prática clínica no ambiente da unidade neonatal. Neste contexto, passos estão sendo dados no sentido do entendimento sistemático da problemática da família frente a experiência do nascimento de um recém-nascido de risco, especificamente do prematuro, organizando-se novas estratégias de cuidado por meio de grupos de apoio. Implantada em países desenvolvidos, porém, ainda incipiente nas unidades neonatais do Brasil, esta prática, vêm sendo desenvolvida no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), referência no atendimento à gestante e recém-nascido de alto risco. Neste sentido, são relevantes as atividades de educação em saúde nos grupos de apoio, instrumentalizando a família no desenvolvimento de habilidades para o cuidado com neonato e ajudando a manter o vínculo afetivo da tríade mãe/recém-nascido/família, consolidando-se como um espaço inovador de ensino, pesquisa, extensão e assistência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados à Plataforma Brasil, inclusive as cartas de anuência das novas instituições envolvidas (hospitais Barão de Lucena e Agamenon Magalhães).

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_148776.pdf	22/03/2013 13:44:05		Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.215.491

Outros	CL Carmen Scochi.pdf	02/04/2013 20:50:36		Acelto
Outros	CL Cleide.pdf	02/04/2013 20:51:15		Acelto
Outros	CL Gorete.pdf	02/04/2013 20:52:56		Acelto
Outros	CL Iracema Frazao.pdf	02/04/2013 20:53:36		Acelto
Outros	CL Luciana Leal.pdf	02/04/2013 20:54:28		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Latites (Luciana Mara Monti Fonseca).pdf	04/09/2013 11:58:26		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Maiores de 18 ou Emanipados.doc	13/09/2013 21:47:51		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE Responsável pela menor de 18anos.doc	13/09/2013 21:48:43		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE para menores de 12 a 18 anos.doc	13/09/2013 21:49:22		Acelto
Declaração de Pesquisadores	termosDeConcessao.pdf	13/09/2013 21:55:08		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto com modificações nos aspectos éticos e cronograma.doc	17/09/2013 08:51:30		Acelto
Outros	Termo de Confidencialidade 170913.pdf	17/09/2013 09:14:34		Acelto
Folha de Rosto	001.jpg	03/10/2013 10:31:01		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO 148776.pdf	03/10/2013 10:31:42		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO 148776.pdf	07/10/2013 11:02:15		Acelto
Outros	Autorização de uso de dados.jpg	07/10/2013 11:24:49		Acelto
Outros	Carta de Anuência.jpg	07/10/2013 11:25:01		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuência SAME.jpg	07/10/2013 11:25:10		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO 148776.pdf	07/10/2013 11:25:52		Acelto

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanas

CEP-03-1000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.215.491

Outros	Curriculo Lattes Alessandra Carla R Barros.pdf	13/11/2013 12:54:07		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Ana Paula E Uma.pdf	13/11/2013 13:02:48		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Bianca Verissimo Oliveira.pdf	13/11/2013 13:06:02		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Carolina Luiza B Silva.pdf	13/11/2013 13:07:42		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Gleicy Cristhine M Silva.pdf	13/11/2013 13:10:19		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Tatiane Patricia Silva.pdf	13/11/2013 13:24:51		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Távila Michelly E Melo.pdf	13/11/2013 13:26:39		Acelto
Outros	Curriculo Lattes Thais de Almeida Silva.pdf	13/11/2013 13:28:52		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Bárbara Helena de Brito Angelo).pdf	16/11/2013 01:23:27		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Thalomara Ramalho Mendes).pdf	16/11/2013 01:43:44		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Virginia Rossana de Sousa Brito).pdf	16/11/2013 01:46:23		Acelto
Outros	Curriculo do Sistema de Currículos Lattes (Dayanne Caroline de Assis).pdf	16/11/2013 02:00:40		Acelto
Outros	CARTA DE ATENDIMENTO DAS PENDÊNCIAS DO CEP.doc	16/11/2013 02:27:37		Acelto
Outros	Projeto com Identificação das participantes Alessandra e Carolina.docx	16/11/2013 02:30:53		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_148776.pdf	16/11/2013 02:34:11		Acelto
Declaração de Pesquisadores	CARTA DE ATENDIMENTO DAS PENDÊNCIAS DO CEP 211113.doc	21/11/2013 09:57:36		Acelto
Declaração de Pesquisadores	termosDeConcessao 081113.pdf	21/11/2013 10:00:28		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Comprovante de contratação CNPq Edital Universal 2013 081113.pdf	21/11/2013 10:02:27		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto com Identificação das participantes Alessandra e Carolina.doc	21/11/2013 10:04:26		Acelto
Declaração de Pesquisadores	Termo de Confidencialidade 170913.pdf	21/11/2013 10:12:36		Acelto
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	21/11/2013		Acelto

Endereço: Av. da 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

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.215.491

Básicas do Projeto	ETO_148776.pdf	10:16:07		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_536597_E1.pdf	15/06/2015 11:19:52		Acelto
Outros	Anuência Naéila.pdf	15/06/2015 23:34:41		Acelto
Outros	Projeto Mestrado com Edições.doc	15/06/2015 23:37:20		Acelto
Outros	CL Naéila.pdf	15/06/2015 23:43:55		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_536597_E1.pdf	15/06/2015 23:55:57		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_536597_E1.pdf	20/06/2015 08:39:38		Acelto
Outros	Justificativa de emenda.pdf	27/06/2015 15:41:37		Acelto
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_536597_E1.pdf	27/06/2015 15:47:59		Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 04 de Setembro de 2015

Assinado por:
Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)