



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

CAROLINE GIANNA DA SILVA

**CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO: DESENVOLVIMENTO DE UM
APLICATIVO MÓVEL PARA CELULAR**

IRATI

2019

CAROLINE GIANNA DA SILVA

**CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO: DESENVOLVIMENTO DE UM
APLICATIVO MÓVEL PARA CELULAR**

Dissertação apresentada como requisito Parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário, área de Concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Ide Fujinaga.

Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários

Irati

2019

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

S586c	<p>SILVA, Caroline Gianna. Cuidados com o bebê prematuro: desenvolvimento de um aplicativo móvel para celular / Caroline Gianna Silva. – Irati, PR : [s.n.], 2019. 139f.</p> <p>Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cristina Ide Fujinaga Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de Concentração Desenvolvimento Comunitário. Linha de Pesquisa: Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.</p> <p>1. Pediatria – dissertação. 2. Tecnologia da informação. 3. Educação – saúde. 4. Família – cuidados. I. Fujinaga, Cristina Ide. II. UNICENTRO. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 618.92</p>
-------	---



Universidade Estadual do Centro-Oeste

Reconhecida pelo Decreto Estadual nº 3.444, de 8 de agosto de 1997

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

TERMO DE APROVAÇÃO

CAROLINE GIANNA DA SILVA

CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO: DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL PARA CELULAR

Dissertação aprovada em 20/03/2019 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristina Ide Fujinaga
Instituição: UNICENTRO

Prof.^a Dr.^a Cristiana Magni
Instituição: UNICENTRO

Prof.^a Dr.^a Adriana Moraes Leite
Instituição: USP

Irati, 20 de março de 2019

Home Page: <http://www.unicentro.br>

Campus Santa Cruz: Rua Salvatore Renna – Padre Salvador, 875 – Cx. Postal 3010 – Fone: (42) 3621-1000 – FAX: (42) 3621-1090 – CEP 85.015-430 – GUARAPUAVA – PR

Campus CEDETEG: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Fone/FAX: (42) 3629-8100 – CEP 85.040-080 – GUARAPUAVA – PR

Campus de Irati: PR 153 – Km 07 – Riozinho – Cx. Postal, 21 – Fone: (42) 3421-3000 – FAX: (42) 3421-3067 – CEP 84.500-000 – IRATI – PR

*Dedico este trabalho aos pequenos
prematuros, guerreiros inspiradores.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e à bondosa espiritualidade por ter me dado a oportunidade de vivenciar estes dois anos de conhecimento e amadurecimento. Agradeço pelo merecimento da realização deste sonho.

Aos meus pais, Jadna e Walcemir, por sempre acreditarem em mim, incentivarem-me a estudar, a correr atrás de meus sonhos, por terem me ensinado a ser disciplinada, batalhadora e por terem me dado a liberdade de ser quem sou.

Ao meu marido Renato por estar sempre ao meu lado, por me incentivar a seguir em frente, a não desistir, apesar das dificuldades encontradas no caminho, por me ajudar de todas as formas possíveis para que hoje este trabalho seja uma realidade.

À minha filha Larissa por compreender a minha ausência em diversos momentos, por ser minha inspiração para querer melhorar e crescer, por ser o abraço que me fortalece quando mais preciso.

À minha orientadora Prof^{fa} Dr^a Cristina Ide Fujinaga, que Deus colocou na minha vida com um lindo propósito. Professora, mestre, amiga, conselheira, exemplo de mulher, profissional, mãe e esposa. Agradeço por me escolher para fazer esta jornada ao seu lado. Admiro você imensamente!

A todos os professores que fizeram parte desta minha caminhada e me ajudaram a crescer como pesquisadora e como pessoa.

Às professoras membros da banca por suas colaborações importantíssimas para aperfeiçoar este trabalho.

À Direção do CIS, que abriu suas portas para a realização deste trabalho, e a todos os seus funcionários por me receberem com tanto carinho e profissionalismo.

Às colegas Cleomara Mocelin Salla, Elaine Fátima Brek e Flávia Valenga pelo apoio e parceria nas pesquisas.

A Emaline Angélica de Paula Santos pela dica preciosa para o local da coleta de dados, que fez toda a diferença para a pesquisa.

Aos colegas de turma, pelas trocas de conhecimentos, pelos debates, pelo amadurecimento conjunto.

A todos os alunos da Graduação e do grupo de pesquisa que me receberam com carinho e respeito e me ajudaram a aprimorar meu conhecimento.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”

Eleanor Roosevelt

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de prototipação	59
Figura 2 – Tela inicial do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	60
Figura 3 – Tela das perguntas sobre o tema Amamentação do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	61
Figura 4 – Tela das perguntas sobre o tema Cuidados com o Bebê Prematuro do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	62
Figura 5 – Tela das perguntas sobre o tema Saúde do Bebê Prematuro do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	63
Figura 6 – Tela das informações sobre a Importância dos Profissionais de Saúde no Acompanhamento do Bebê Prematuro do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	64
Figura 7 – Tópicos dos conteúdos do aplicativo, segundo análise temática inicial	76
Figura 8 – Tópicos dos conteúdos do aplicativo, após aprimoramento da análise temática	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores de risco para o parto prematuro espontâneo	24
Quadro 2 – Lista de exames oferecidos pela Rede Mãe Paranaense para gestantes e bebês de risco intermediário e alto risco	32
Quadro 3 – Estratificação de risco das gestantes da Rede Mãe Paranaense	32
Quadro 4 – Estratificação de risco dos RNs acompanhados pela Rede Mãe Paranaense	33
Quadro 5 – Caracterização dos bebês prematuros, cujos familiares participaram da pesquisa	55
Quadro 6 – Distribuição de temas e subtemas resultantes das entrevistas com os familiares de bebês prematuros – CIS - Irati, 2017	66
Quadro 7 – Distribuição dos questionamentos levantados pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Alimentação”. CIS – Irati, 2017	69
Quadro 8 – Distribuição das colocações trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Higiene”. CIS – Irati, 2017	71
Quadro 9 – Distribuição das colocações trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Sentimentos”. CIS – Irati, 2017	72
Quadro 10 – Distribuição das colocações trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Saúde”. CIS – Irati, 2017	75
Quadro 11 – Questões iniciais do aplicativo Meu Pequeno Prematuro – Tela inicial	80
Quadro 12 – Perguntas e respostas sobre Alimentação – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	84
Quadro 13 – Perguntas e respostas sobre Cuidados com o bebê prematuro – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	93
Quadro 14 – Perguntas e respostas sobre a Saúde do bebê prematuro – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	101

Quadro 15 – Pergunta e resposta sobre o acompanhamento do bebê prematuro por equipe multidisciplinar – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”	108
Quadro 16 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre prematuridade e sentimentos, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises	110
Quadro 17 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre amamentação, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises	111
Quadro 18 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre cuidados com o bebê, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises	113
Quadro 19 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre a saúde do bebê, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises	115

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos nascimentos ocorridos no Brasil, por região, no período de 2006 e 2016, segundo a duração da gestação	22
Tabela 2 – Distribuição dos nascimentos ocorridos no Estado do Paraná, por sexo, no período de 2016, segundo a duração da gestação	22
Tabela 3 – Distribuição dos nascimentos ocorridos nos municípios da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, por sexo, no período de 2016, segundo a duração da gestação	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

API – Application Programming Interface

CIS – Consórcio Intermunicipal de Saúde

IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança

IFPR – Instituto Federal do Paraná

IMC – Índice de Massa Corporal

NBCAL – Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RN – recém-nascido

RNPT – recém-nascido pré-termo

RNT – recém-nascido a termo

ROP – retinopatia da prematuridade

SNC – Sistema nervoso central

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia da Informação e Comunicação

UCINCa – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

UTIP – Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

VM – ventilação mecânica

SUMÁRIO

RESUMO	15
APRESENTAÇÃO.....	16
PREMATURIDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E A REALIDADE REGIONAL	21
O AMBIENTE DA UTIN, A FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: VIVENCIANDO A PREMATURIDADE	34
DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO, EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE	44
PROBLEMA DE PESQUISA.....	50
JUSTIFICATIVA	51
OBJETIVOS.....	52
Geral.....	52
Específicos.....	52
METODOLOGIA.....	53
RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	119
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	121
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	131
APÊNDICES	132
APÊNDICE I – Pesquisa sobre antecedentes pré, peri e pós natais do bebê	132
APÊNDICE II – Bibliografia acessória utilizada na construção do conteúdo do aplicativo	133
APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares ..	136

RESUMO

O período durante o qual um bebê prematuro permanece internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é cercado de cuidados especializados 24 horas por dia. Durante o processo de evolução do paciente até o momento da alta desta Unidade, por mais que os familiares estejam presentes o maior tempo possível, sua participação é limitada no cuidado esporádico do bebê. Desta forma, torna-se importante oferecer estratégias de apoio aos pais/família para o cuidado do filho prematuro após a alta hospitalar. A presente pesquisa teve como objetivo principal desenvolver um aplicativo móvel para celular que possa servir de suporte aos familiares de bebês prematuros egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nos cuidados da criança após a alta hospitalar. Os objetivos específicos foram investigar a demanda de conhecimento dos familiares sobre o cuidado ao bebê prematuro; sistematizar a demanda dos familiares em temáticas, em forma de perguntas e respostas; conceituar a demanda desses familiares embasada em literatura específica; apresentar o conteúdo a profissionais expertises para aprimoramento e desenvolver a plataforma do aplicativo móvel. Trata-se de uma pesquisa metodológica, composta por duas etapas. A primeira etapa consistiu na análise da demanda dos familiares sobre os cuidados com o bebê prematuro após a alta hospitalar por meio de entrevistas abertas com familiares de bebês prematuros egressos da UTIN de um hospital filantrópico da região sudeste do Estado do Paraná. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas de forma literal. Na segunda etapa da pesquisa, após serem destacados os principais assuntos levantados pelos familiares através de análise temática, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre os conteúdos mais adequados para responder a esses apontamentos, de acordo com as áreas referentes a cada assunto abordado. O conteúdo foi, então, inserido na plataforma do aplicativo móvel, o qual foi desenvolvido junto ao curso técnico em Informática e Curso Superior de Tecnologia em Análise e Desenvolvimento de Sistemas do Instituto Federal do Paraná (IFPR). O aplicativo foi dividido em cinco partes: informações sobre a prematuridade em si, amamentação, cuidados com o bebê prematuro, a saúde do bebê prematuro e a importância dos profissionais de saúde. O conteúdo do aplicativo foi apresentado a 13 profissionais expertises para uma avaliação inicial, resultando em uma análise mais rigorosa das questões propostas e na modificação de alguns itens. A continuidade deste estudo prevê a validação do aplicativo junto a uma significativa população alvo.

Palavras-chave: prematuro, família, cuidadores, alta do paciente, educação em saúde, tecnologia da informação, aplicativos móveis.

APRESENTAÇÃO

As disciplinas de Ciências e Biologia sempre chamaram minha atenção durante o período escolar. O estudo do corpo humano e suas funções sempre me pareceu fascinante e por isso, no momento de prestar o Vestibular, não tive dúvidas que gostaria de passar o resto de minha vida estudando e trabalhando na área da Saúde. Conheci o curso de Fisioterapia por acaso e achei muito interessante. Após aprovação no Vestibular, iniciei o Curso de Bacharel em Fisioterapia em agosto de 1998 na Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.

Ao ingressar no curso descobri que a Fisioterapia atua em muitas áreas diferentes e ampliei minha visão. Percebi que existe um universo de possibilidades que vão muito além da Ortopedia e da Neurologia, áreas que eu conhecia, até então, como “carros-chefe” da Fisioterapia. Minha grande paixão no período universitário foi a disciplina de Ginecologia e Obstetrícia e meu Trabalho de Conclusão de Curso foi com gestantes.

Durante o período de formação universitária fiz um dos meus estágios acadêmicos no Hospital Infantil da cidade onde morava e estudava e eis que brotou em mim uma nova paixão: a pediatria. No Hospital tive contato com crianças de várias idades e com as mais diversas patologias: queimaduras, problemas cardiológicos, pneumológicos, ortopédicos, neurológicos. Ali descobri a intensidade da vivência dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Neonatal (UTIN).

A experiência profissional com os bebês começou no ano seguinte à minha formatura, quando voltei como Fisioterapeuta ao Hospital onde realizei meu estágio. Durante nove meses tive minha primeira oportunidade de atuar dentro de uma UTIN e aprendi muito com os bebês e seus familiares. Já naquela época pude observar o quanto era difícil para os familiares se aproximarem de seus bebês tão frágeis e a angústia do futuro incerto que rondava seus filhos.

Mais tarde, durante nove anos, trabalhei em um ambulatório de Neuropediatria, acompanhando bebês de risco egressos da UTIN e o contato com os familiares era ainda maior. Naquele momento minha atuação acontecia em uma equipe multidisciplinar que acompanhava o desenvolvimento

neuropsicomotor dos bebês para evitar ou recuperar atrasos, além de reabilitar sequelas oriundas da prematuridade e outros fatores de risco pré, peri e pós natais.

Em 2014 retornei ao ambiente hospitalar e durante quatro anos e meio atuei intensamente em uma UTIN, tendo uma segunda oportunidade de conviver com os bebês e seus familiares durante esse período crítico e sofrido. Desta vez, internalizei essa vivência de uma forma mais madura e convivi com profissionais apaixonados por pesquisa, que alimentaram esse desejo dentro de mim.

Após 15 anos da minha graduação como Bacharel em Fisioterapia, tinha uma vontade muito latente de cursar uma Pós-Graduação Stricto Sensu. O Desenvolvimento Comunitário apareceu como uma oportunidade de realizar pesquisas que buscassem o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, com a qual já vinha atuando há muito tempo, já que há 14 anos atuo no Sistema Único de Saúde (SUS). O diferencial de ser um curso Interdisciplinar chamou a minha atenção pela oportunidade de ver as situações com outros olhos, de tentar entender outras visões de mundo e utilizar esse conhecimento em prol do próximo. Assim, ingressei no Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário.

Escolhi o tema de Neonatologia devido a minha experiência pessoal, devido a meu trabalho dentro de uma UTIN, onde vivenciei momentos incríveis e aterradores, onde vi bebês recém-nascidos vencerem as dificuldades de um nascimento prematuro e também vi bebês partirem devido à fragilidade de seu quadro de saúde. Nesse espaço convivi com a esperança e a angústia dos familiares destes bebês e, junto com minha Orientadora, decidimos que seria essa a comunidade para a qual iríamos dirigir nosso trabalho.

Por diversos motivos, atualmente não atuo mais diretamente dentro de uma UTIN, mas espero estar sempre presente junto a esses bebês e seus familiares através deste trabalho.

A pesquisa consistiu na criação de um instrumento de educação em saúde para os familiares de bebês prematuros egressos da UTIN. A forma escolhida para a apresentação deste instrumento foi o aplicativo móvel para celular e tablet.

Na primeira etapa da pesquisa foi realizada uma entrevista aberta com familiares de bebês prematuros com o objetivo de verificar quais dúvidas e medos eles apresentaram ao levar o bebê para casa após a alta hospitalar. A ideia inicial era entrevistar os familiares de bebês que estivessem comparecendo em sua primeira consulta pós-alta, mas devido a questões internas de recursos humanos do Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) e o risco do Ambulatório de Alto Risco ter seu funcionamento interrompido temporariamente, Ambulatório este onde foi realizada a coleta de dados, foi necessário entrevistar todas as famílias que estivessem presentes na consulta durante o período da pesquisa e que se encaixassem nos critérios de inclusão, pois de outra forma o número de participantes seria muito reduzido. Em consequência a este fato, acabamos entrevistando famílias que haviam acabado de levar seu bebê prematuro para casa e outras que já estavam com seu bebê em casa há vários meses.

Após a análise do conteúdo trazido pelos familiares, foi realizado um levantamento bibliográfico buscando, em literatura específica, as respostas para os apontamentos apresentados. Um dos objetivos específicos do Projeto de Pesquisa inicial era validar esse conteúdo, construído em conjunto com os familiares, com o suporte de profissionais expertises nos assuntos abordados.

Para isso, profissionais expertises em suas áreas de atuação foram selecionados por amostragem não-probabilística de conveniência, na qual o “pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” (GIL, 2008, p.94). A partir das demandas dos familiares participantes, tivemos temas a serem avaliados nas mais diversas áreas da saúde, como Psicologia, Nutrição, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Enfermagem. Os critérios de inclusão dos profissionais foram: atuar por pelo menos três anos com o tema abordado e ter escolaridade de nível superior em profissão da área da saúde supracitada. A intenção inicial era escolhermos pelo menos três profissionais expertises de cada área que abrangesse os temas abordados, mas após três meses de busca por profissionais expertises e vários convites para participação na pesquisa enviados, obtivemos respostas de quatro psicólogas, uma nutricionista, duas médicas neonatologistas, duas fonoaudiólogas, três fisioterapeutas e uma enfermeira, totalizando apenas 13 juízes.

Construímos um instrumento para validação do conteúdo que foi adaptado de Tenório (2016), e apresentava questões relacionadas ao conteúdo geral e confiabilidade das informações. Para a mensuração de cada questão da avaliação, foi utilizada escala de medida Likert pela possibilidade de reconhecer a oposição entre os contrários e situações intermediárias (TENÓRIO, 2016). O intervalo considerado na escala de cada questão da avaliação foi de cinco a um. De acordo com o critério de avaliação, os conceitos referentes à escala foram: concordo totalmente (5), concordo parcialmente (4), não concordo nem discordo (3), discordo parcialmente (2) e discordo totalmente (1).

Os profissionais expertises receberam as cartas-convite para participação na pesquisa através de seus endereços eletrônicos, juntamente com as questões a serem validadas e o questionário para a validação propriamente dito, criado na página eletrônica dos Formulários Google. Eles validaram as características definidoras de cada item do instrumento de validação de conteúdo. Nossa intenção era considerar validado cada item do instrumento quando a concordância entre os três especialistas de cada área fosse maior ou igual a 85% (FUJINAGA, 2008), porém, devido à baixa adesão dos profissionais a esta etapa de validação, os índices de concordância acabaram sendo abaixo do esperado (entre 66 e 75%). Devido a este fato, tomamos a decisão de apresentar como resultado desta pesquisa somente o conteúdo desenvolvido para o aplicativo e o aplicativo propriamente dito. Deixaremos a validação do conteúdo pelos profissionais expertises para uma pesquisa futura, assim como a validação do conteúdo e da aparência do aplicativo pelos seus usuários finais: sendo os familiares de bebês prematuros.

Os juízes participantes trouxeram muitos feedbacks interessantes e algumas questões propostas terão que ser alteradas, ou até retiradas do aplicativo. Ao ler e reler todo o conteúdo, pudemos perceber que algumas questões ainda permaneceram muito técnicas, apesar de todos os esforços em deixar a linguagem o mais clara e simples possível.

Mas mesmo ainda necessitando de alguns ajustes em relação ao conteúdo, o aplicativo foi criado pela equipe do Instituto Federal do Paraná (IFPR) com o conteúdo construído nesta pesquisa.

Este trabalho tem um significado muito especial para mim. Estas linhas aqui escritas são degraus na escada do universo acadêmico ao qual sempre

desejei retornar e o teor desta pesquisa é apaixonante e de importância singular: estamos possibilitando o empoderamento dos familiares no cuidado com seus bebês prematuros em domicílio através do uso da tecnologia. Com este estudo pude compreender um pouco mais o olhar da família em relação à prematuridade, o que certamente me permitirá uma atuação técnica mais humanizada junto aos recém-nascidos prematuros e seus familiares.

PREMATURIDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E A REALIDADE REGIONAL

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), é considerado prematuro o bebê nascido vivo antes de se completar as 37 semanas de idade gestacional. O nascimento prematuro se divide em três subcategorias, de acordo com a idade gestacional: prematuro extremo (abaixo de 28 semanas), muito prematuro (entre 28 e 32 semanas) e prematuro moderado a tardio (entre 32 e 37 semanas). O índice de nascimentos prematuros no Brasil e no mundo tem aumentado com o passar dos anos. A cada ano nascem cerca de 15 milhões de bebês prematuros, o que equivale a mais de um nascimento prematuro a cada 10 bebês nascidos vivos. Devido aos avanços na Medicina, como o uso de corticoide antenatal e a terapia de reposição de surfactante ao recém-nascido (ZOMIGNANI, ZAMBELLI e ANTONIO, 2009), esses bebês tiveram sua sobrevivência aumentada. Bebês cada vez menores, de baixo peso ou muito baixo peso ao nascer e de idades gestacionais limítrofes estão sobrevivendo, porém o índice de sequelas acaba aumentando, conseqüentemente. Uma das conseqüências da prematuridade é o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (RODRIGUES e BOLSONI-SILVA, 2011).

No Brasil, entre os anos de 2000 e 2010, verificou-se um discreto aumento na proporção de nascimento de bebês prematuros de 6,7 para 7,1% e um maior aumento relativo foi observado nas regiões Sul e Sudeste de nosso País (BRASIL, 2011b). Na Tabela 1 podemos observar o número total de nascimentos ocorridos em cada região do Brasil nos anos de 2006 e 2016, sendo possível verificar o aumento no número de nascimentos de bebês prematuros de 194.783 em 2006 para 317.657 em 2016. No Estado do Paraná, em 2006, ocorreram 10.112 nascimentos prematuros e em 2016 este número subiu para 15.977 (Tabela 2). Na região sudeste do Estado do Paraná, nos municípios que englobam a 4ª Regional de Saúde especificamente, nasceram 106 bebês prematuros no ano de 2006, aumentando para 258 nascimentos pré-termo em 2016 (Tabela 3).

Tabela 1 – Distribuição dos nascimentos ocorridos no Brasil, por região, no período de 2006 e 2016, segundo a duração da gestação.

DATASUS								
NASCIDOS VIVOS - BRASIL								
Nascim p/ocorrênc por Duração gestação segundo Região								
Período: 2006								
Região	Menos de 22 semanas	De 22 a 27 semanas	De 28 a 31 semanas	De 32 a 36 semanas	De 37 a 41 semanas	42 semanas ou mais	Ignorado	Total
TOTAL	1.682	11.335	20.495	161.271	2.692.742	26.361	31.042	2.944.928
1 Região Norte	181	915	1.553	13.439	296.889	3.505	783	317.265
2 Região Nordeste	659	3.072	5.397	40.708	820.026	11.137	6.331	887.330
3 Região Sudeste	580	4.970	9.090	71.377	1.024.669	7.088	21.751	1.139.525
4 Região Sul	143	1.581	2.951	24.137	347.319	2.536	360	379.027
5 Região Centro-Oeste	119	797	1.504	11.610	203.839	2.095	1.817	221.781

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Nota:

- Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".
- A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo gravada em campo chamado "Kotelchuck" no arquivo disponível para download, calculado a partir dos campos "33 - Número de consultas pré-natal" (Mesprenati) e "34 - Mês de gestação em que iniciou o pré-natal" (Consprenat). Maiores informações no documento "Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvi".

Fonte: DATASUS, 2018

Tabela 2 – Distribuição dos nascimentos ocorridos no Estado do Paraná, por sexo, no período de 2016, segundo a duração da gestação.

DATASUS								
NASCIDOS VIVOS - BRASIL								
Nascim p/ocorrênc por Duração gestação segundo Sexo								
Unidade da Federação: Paraná								
Período: 2016								
Sexo	Menos de 22 semanas	De 22 a 27 semanas	De 28 a 31 semanas	De 32 a 36 semanas	De 37 a 41 semanas	42 semanas ou mais	Ignorado	Total
TOTAL	54	709	1.402	13.812	134.347	2.738	1.574	154.636
Masc	30	399	776	7.293	68.383	1.324	812	79.017
Fem	24	310	625	6.513	65.956	1.414	760	75.602
Ign	-	-	1	6	8	-	2	17

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Nota:

- Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento "Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011".
- A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo gravada em campo chamado "Kotelchuck" no arquivo disponível para download, calculado a partir dos campos "33 - Número de consultas pré-natal" (Mesprenati) e "34 - Mês de gestação em que iniciou o pré-natal" (Consprenat). Maiores informações no documento "Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvi".

Legenda:

- Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.

Fonte: DATASUS, 2018

Tabela 3 – Distribuição dos nascimentos ocorridos nos municípios da 4ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, por sexo, no período de 2016, segundo a duração da gestação.

DATASUS							
NASCIDOS VIVOS - PARANÁ							
Nascim p/ocorrênc por Duração gestação segundo Sexo							
Região de Saúde (CIR): 41004-4- RS Irati							
Período: 2016							
Sexo	De 22 a 27 semanas	De 28 a 31 semanas	De 32 a 36 semanas	De 37 a 41 semanas	42 semanas ou mais	Ignorado	Total
TOTAL	6	20	232	1.950	137	3	2.348
Masc	6	11	116	1.012	65	2	1.212
Fem	-	9	116	938	72	1	1.136

Fonte: MS/SVS/DASI5 - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
Consulte o site da [Secretaria Estadual de Saúde](#) para mais informações.

Nota:

- Em 2011, houve uma mudança no conteúdo da Declaração de Nascidos Vivos, com maior detalhamento das informações coletadas. Para este ano, foram utilizados simultaneamente os dois formulários. Para mais detalhes sobre as mudanças ocorridas e os seus efeitos, veja o documento [Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011](#).
- A categorização da "Adequação quantitativa de pré-natal" mostrada na variável "Adeq quant pré-natal" considera o início do pré-natal no primeiro trimestre e um mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo gravada em campo chamado [Natalcheck](#) no arquivo disponível para download, calculado a partir dos campos "33 - Número de consultas pré-natal" (Wsprenat) e "34 - Mês de gestação em que iniciou o pré-natal" (Consprenat). Maiores informações no documento [Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvi](#).

Legenda:

- : Dado numérico igual a 0 não resultante de arredondamento.
0; 0,0 : Dado numérico igual a 0 resultante de arredondamento de um dado originalmente positivo.

Ativar o Windows

Fonte: DATASUS, 2018.

A prematuridade pode ocorrer espontaneamente ou de forma eletiva. O parto prematuro eletivo ocorre quando a gestação gera riscos para a mãe e/ou para o bebê e a gestação deve ser interrompida antes de completar 37 semanas. Esses casos correspondem a 25% dos nascimentos prematuros. A prematuridade espontânea decorre de um trabalho de parto que se inicia antecipadamente e sua etiologia é multifatorial e ainda não totalmente conhecida. Muitas vezes é difícil determinar exatamente o que levou ao parto prematuro. Esses casos correspondem a 75% dos nascimentos pré-termo (BITTAR e ZUGAIB, 2009). Os fatores de risco para a prematuridade são descritos no Quadro 1.

Quadro 1 – Fatores de risco para o parto prematuro espontâneo.

Estresse
<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Nível socioeconômico baixo • Baixo nível educacional • Ansiedade • Depressão • Eventos como morte, divórcio, separação • Cirurgia abdominal durante a gravidez
Fadiga ocupacional
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho em pé • Uso e manejo de máquinas industriais • Excesso de atividades físicas • Estresse ambiental
Distensão uterina excessiva
<ul style="list-style-type: none"> • Gestação múltipla • Poli-hidrânio • Anomalias uterinas • Miomas
Fatores cervicais
<ul style="list-style-type: none"> • História de aborto no segundo trimestre • Cirurgias cervicais • Dilatação e esvaecimento cervical prematuro
Infecções
<ul style="list-style-type: none"> • Doenças sexualmente transmissíveis • Pielonefrite, apendicite, pneumonias • Infecção sistêmica • Bacteriúria assintomática • Doenças periodontais
Patologia placentária
<ul style="list-style-type: none"> • Placenta prévia • Descolamento prematuro de placenta • Sangramento vaginal
Outros fatores maternos
<ul style="list-style-type: none"> • Parto pré-termo anterior • Uso de substâncias tóxicas • Fumo • Idade materna (< 18 ou > 40 anos) • Nutrição pobre ou baixo IMC • Pré-natal inadequado • Anemia • Contratilidade uterina exagerada
Fatores fetais
<ul style="list-style-type: none"> • Anomalias congênitas • Restrição de crescimento intrauterino

Fonte: adaptado de Silva in Riechi e Moura-Ribeiro (2012).

O nascimento prematuro pode comprometer um ou mais órgãos do recém-nascido por não ter completado seu desenvolvimento intra-útero. O bebê pode apresentar dificuldades respiratórias, como doença da membrana hialina, hemorragia pulmonar, taquipnéia transitória do RN, displasia broncopulmonar,

apnéia; anormalidades metabólicas, como hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, alterações hidroeletrólíticas; anemia; hipotermia; sepse; anóxia cerebral e hemorragia peri e intraventricular, estas últimas podendo acarretar danos neurológicos (ROTTA e OHLWEILER, 2012).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer são condições que podem afetar o desenvolvimento motor, sensorial e cognitivo do RN (PEIXOTO et al, 2016). Além de sequelas neurológicas, como paralisia cerebral, deficiência mental e autismo, esses bebês podem apresentar deficiência visual decorrente da retinopatia da prematuridade, que leva a uma neovascularização extrarretiniana devido à imaturidade vascular da retina periférica (CARVALHO, 2012) e deficiência auditiva, devido aos vários fatores de risco aos quais são expostos, como a permanência por período prolongado em UTIN, infecções intrauterinas ou pós-natais, hipertensão pulmonar persistente do neonato associada à ventilação mecânica (VM), entre outros (LIMA, 2012).

Devido a todos os fatores de risco ao desenvolvimento presentes no nascimento prematuro, esses bebês necessitam ser acompanhados periodicamente em um Ambulatório de Alto Risco por uma equipe multidisciplinar. Durante o acompanhamento do desenvolvimento de um recém-nascido prematuro, devemos avaliá-lo levando em consideração sua idade corrigida, que é a idade pós-natal, menos o número de semanas que faltaram para que o bebê nascesse à termo, levando em consideração o referencial de 40 semanas (RODRIGUES e BOLSONI-SILVA, 2011). Desta forma, podemos avaliar o bebê de uma maneira mais fidedigna, descontando o período em que ele permaneceu na UTIN lutando por sua vida e impossibilitado de receber estímulos adequados ao seu desenvolvimento neuropsicomotor.

A saúde da criança já tem sua importância reconhecida no Brasil há algum tempo. Ao longo dos anos foram instituídos programas no intuito de oferecer uma atenção especial a esta população, como mostra Macêdo (2016):

- 1937 – instituído o primeiro programa com ações voltadas para a proteção da maternidade, infância e adolescência sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde;

- 1975 – criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com ações voltadas para a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher;
- 1983 – lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com ações voltadas a melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços;
- 1984 – o PAISMC foi desmembrado em: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC);
- 2000 – lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN);
- 2004 – Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e Pacto Nacional pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal;
- 2006 – Pacto pela Saúde;
- 2007 – Método Canguru;
- 2008 – Mais Saúde Direito de Todos/ Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis;
- 2011 – Rede Cegonha;
- 2012 – Brasil Carinhoso;
- 2015 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

O PHPN foi instituído para oferecer uma atenção ainda mais diferenciada à gestante, ao recém-nascido e à puérpera. Seu principal objetivo é “assegurar a melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2002, p.5).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil foi criada para orientar a ação de todo e qualquer profissional que lida com crianças nas mais variadas áreas (saúde, educação, assistência social, etc), para que a criança possa receber atenção e cuidado

integral e multidisciplinar para que tenha suas necessidades atendidas (BRASIL, 2004).

O Método Canguru foi implantado no Brasil em 2007 visando oferecer um atendimento humanizado para o bebê de baixo peso ao nascer e sua família. O acompanhamento deve ser realizado por equipe multidisciplinar, visando uma intervenção bio-psico-social e já tem seu início no pré-natal de alto risco, quando é possível identificar aquelas gestantes com maior risco de terem bebês nascidos com baixo peso. As vantagens do método são (BRASIL, 2007):

- Aumenta o vínculo mãe-filho;
- Reduz o tempo de separação mãe-filho;
- Melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do RN de baixo peso;
- Estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração;
- Permite um controle térmico adequado;
- Favorece a estimulação sensorial adequada do RN;
- Contribui para a redução do risco de infecção hospitalar;
- Reduz o estresse e a dor dos RNs de baixo peso;
- Propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde;
- Possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar.

O Método Canguru é dividido em três etapas (BRASIL, 2011c): a primeira etapa abrange o pré-natal de risco e o período em que o bebê permanece internado na UTIN, a segunda etapa abrange o período de internação em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa) e a terceira etapa é o período após a alta hospitalar com seguimento ambulatorial.

Primeira etapa do Método Canguru

Nesta primeira etapa o método é aplicado já durante a gestação de alto risco e na UTIN. Neste momento ocorre o acolhimento dos pais e familiares na unidade, são esclarecidas as rotinas do setor e a função de cada membro da equipe profissional, é estimulado o livre acesso ao setor, é propiciado sempre

que possível o contato com o bebê, é oferecido à mãe incentivo e suporte à amamentação, é estimulada a participação do pai e dos familiares nas atividades desenvolvidas na unidade, é valorizado o bem estar do bebê através da redução de luz e sons no ambiente da UTIN, é realizada a adequação do cuidado de acordo com a necessidade de cada bebê, é garantido ao bebê medidas de proteção contra o estresse e a dor, é assegurado à mãe todas as condições necessárias para que possa permanecer na unidade junto ao seu bebê (transporte, alimentação, assento junto ao leito) (BRASIL, 2011c).

Segunda etapa do Método Canguru

Nesta etapa o bebê permanece com sua mãe e/ou familiares em tempo integral e a posição canguru é realizada a maior parte do tempo. Este é um momento fundamental para a preparação para a alta hospitalar (BRASIL, 2011c).

Terceira etapa do Método Canguru

Esta fase do método ocorre ambulatorialmente e em domicílio. O acompanhamento deve ser realizado até o bebê atingir o peso de 2.500g, deve ser realizado por médico e enfermeiro e outros profissionais da equipe interdisciplinar, quando necessário, e a agenda deve ser aberta, permitindo retorno do bebê mesmo quando não agendado. Após atingir o peso almejado, o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento do bebê deve seguir da mesma forma que acontece para os bebês nascidos a termo e com peso adequado para a idade gestacional (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

As diretrizes da PNAISC (BRASIL, 2015) devem fazer parte do eixo do planejamento de saúde de estados e municípios, fazendo-se presente em seus projetos e programas. Destaco aqui quatro diretrizes que estão inseridas nesta pesquisa: promoção da saúde, fomento à autonomia do cuidado e da

corresponsabilidade da família, incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento e a intersectorialidade (MACÊDO, 2016).

Uma das ações estratégicas da PNAISC é a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), idealizada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Para isso foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, que são (BRASIL, 2010):

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe do serviço.
2. Treinar toda a equipe, capacitando-a para implementar essa norma.
3. Informar todas as gestantes atendidas sobre as vantagens e o manejo da amamentação.
4. Ajudar a mãe a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.
6. Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tenha indicação clínica.
7. Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8. Encorajar a amamentação sob livre demanda.
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

Para ser um Hospital Amigo da Criança, o estabelecimento de saúde deve cumprir algumas exigências (BRASIL, 2017):

- Seguir os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno;
- Cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância – NBCAL;

- Garantir livre acesso à mãe e ao pai e permanência da mãe ou pai, junto ao recém-nascido, durante 24 horas, devendo o hospital ter uma Política escrita, a respeito, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
- Incluir no processo de avaliação da IHAC o critério global – Cuidado Amigo da Mulher devendo o hospital ter uma Política escrita, a respeito, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.

Como parte integrante das exigências para ser um Hospital Amigo da Criança, o Critério Global Cuidado Amigo da Mulher requer as seguintes práticas (BRASIL, 2017):

- Garantir às mulheres, um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e/ou emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;
- Ofertar, às mulheres, líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;
- Incentivar as mulheres a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejarem, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado a mulher, adaptando condições para tal;
- Garantir às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como, banheira ou chuveiro, massageadores/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, técnicas que devem ser de conhecimento da parturiente, informações essas, orientadas à mulher durante o pré-natal.
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos

que necessárias em virtude de complicações, e, que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;

- Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, autorizar a presença e permitir o apoio à mulher, de forma contínua, se for a vontade dela.

A PNAISC está estruturada em sete eixos estratégicos para qualificar os serviços de saúde para crianças em território nacional e entre eles cabe destacar a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável; a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; a atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (MACÊDO, 2016).

A mortalidade infantil refere-se aos óbitos ocorridos no primeiro ano de vida e pode ser dividida em neonatal (do nascimento ao 27º dia de vida) e pós-neonatal (do 28º ao 364º dia de vida) (MACÊDO, 2016). A redução da mortalidade infantil ainda é um desafio mundial e faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países que compõem a ONU, da qual o Brasil faz parte.

No Estado do Paraná, no ano de 2012, foi implantada uma rede de cuidado materno-infantil denominada Rede Mãe Paranaense. Esta rede de apoio às gestantes e aos bebês durante o primeiro ano de vida visa à redução da mortalidade materna e infantil. Para tanto, o objetivo deste conjunto de ações é a captação precoce das gestantes, o seu acompanhamento no pré-natal com pelo menos sete consultas, a realização de 17 exames (Quadro 2), a classificação de risco das gestantes (Quadro 3) e dos bebês (Quadro 4) (risco habitual, risco intermediário e alto risco), garantia de ambulatório especializado para as gestantes e os bebês de risco, garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Quadro 2 – Lista de exames oferecidos pela Rede Mãe Paranaense para gestantes e bebês de risco intermediário e alto risco.

LISTA DE EXAMES PARA GESTANTES E CRIANÇAS DE ALTO RISCO E RISCO INTERMEDIÁRIO	
EXAMES	QUANTITATIVO MÍNIMO LIBERADO
Urina	1 exame por trimestre de gestação
Urocultura	1 exame por trimestre de gestação
VDRL para detecção da Sífilis	1 exame por trimestre de gestação
Hematócrito	2 exames
Dosagem de Hemoglobina	2 exames
Dosagem de Glicose	1 exame por trimestre de gestação
Pesquisa de Antígeno de superfície do vírus de hepatite B (HBs Ag)	1 exame
Pesquisa de Anti HBC IgG e IgM	1 exame conforme critério médico
Pesquisa de Anticorpo Anti-HIV1 + HIV2 (ELISA)	2 exames (podendo ser substituído pelo teste rápido, quando disponível)
Sorologia para Toxoplasmose IgG e IgM	1 exame (repetir por trimestre se a gestante for suscetível)
Prova de Avidéz para IgG	Quando necessário
Ultrassonografia Obstétrica	3 exames (1 por trimestre de gestação)
Teste Indireto de Antiglobulina Humana (TIA)	Quando necessário
Determinação da Curva Glicêmica	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Proteínas (urina 24 h)	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Ureia	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Creatinina	1 exame conforme critério médico
Dosagem de Ácido Úrico	1 exame conforme critério médico
Desidrogenase Láctica LDH	1 exame conforme critério médico
ECG	1 exame conforme critério médico
Contagem de Plaquetas	1 exame conforme critério médico
US obstétrico c/ Doppler	1 exame conforme critério médico
Tocardiografia anteparto	1 exame conforme critério médico

Fonte: adaptado de PARANÁ, 2012

Quadro 3 – Estratificação de risco das gestantes da Rede Mãe Paranaense.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS GESTANTES	
RISCO HABITUAL	Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo
RISCO INTERMEDIÁRIO	Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior
ALTO RISCO	Gestantes que apresentam fatores de risco, como condição clínica pré-existente ou intercorrências clínicas durante a gestação

Fonte: adaptado de PARANÁ (2012)

Quadro 4 – Estratificação de risco dos RNs acompanhados pela Rede Mãe Paranaense.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DOS RNs	
RISCO HABITUAL	Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.
RISCO INTERMEDIÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Filhos de mães da raça negra e indígena; • Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos; • Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos; • Filhos de mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente; • Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos; • Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.
ALTO RISCO	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuridade; • Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida); • Baixo peso ao nascer; • Desnutrição grave; • Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados; • Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.

Fonte: adaptado de PARANÁ, 2012

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada da rede Mãe Paranaense, que abrange todos os municípios do Estado do Paraná. A proposta da Rede é fazer a captação precoce das gestantes e das crianças menores de um ano através de busca ativa dessa população. As gestantes de risco intermediário e de alto risco são encaminhadas para outros níveis de atenção (PARANÁ, 2012).

A Atenção Secundária Ambulatorial atende as gestantes e bebês estratificados como de alto risco ou risco intermediário, identificados pela Atenção Primária. Os territórios responsáveis por oferecer este atendimento, realizado por equipe multiprofissional especializada, são as 22 Regionais de Saúde, que devem prever no mínimo um serviço para atendimento a esta população, que pode ser em um ambulatório do Hospital de Referência ou nos Consórcios Intermunicipais de Saúde (PARANÁ, 2012).

A Atenção Terciária à Saúde é o serviço de referência para o parto e para os cuidados com o RN e de onde mãe e bebê devem sair com orientações para a Atenção Primária à Saúde.

O AMBIENTE DA UTIN, A FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: VIVENCIANDO A PREMATURIDADE

A palavra família tem origem no Latim, *famulus* (escravo doméstico), e era aplicada inicialmente para denominar o conjunto de empregados de um senhor, passando a ser utilizada para definir um grupo de pessoas vivendo no mesmo domicílio, tendo elas um laço sanguíneo e submissas ao chefe da casa (SILVEIRA, 2000). Em termos gerais, a família pode ser compreendida como um conjunto de pessoas ligadas entre si pelo casamento e a filiação recebendo as tradições e crenças.

A família é um objeto transdisciplinar, pois para existir precisa estar inserida na sociedade, e para que mais famílias sejam formadas, é preciso haver a união entre dois indivíduos de famílias diferentes, proporcionando uma diversificação (TRAD, 2010). A família é o primeiro círculo social de um indivíduo e é nela que se busca apoio para garantir a sobrevivência e a proteção de seus membros. É nesse contexto que se absorvem valores culturais, éticos, humanitários e no qual se dá início a educação formal e informal. É na família que se vive os extremos da vida, o nascimento e a morte, e é onde se vivem as emoções mais profundas. A família não é um fenômeno natural. É uma instituição social, que se moldou através da história e apresenta formas e finalidades diversas numa mesma época e lugar, conforme o grupo social em que esteja (PRADO, 1985).

As famílias podem ser constituídas de diversas maneiras:

Família nuclear, conjugal ou elementar – pai, mãe e filhos nascidos dessa união. É a família ocidental moderna, monogâmica, reconhecida pela sociedade. Formada essencialmente por pai, mãe e filhos, podendo o indivíduo fazer parte de duas famílias de forma simultânea, a de origem e a de procriação (AUGÉ, 2003).

Família composta – se apresenta nas formas de relações de adoção, como madrasta, padrasto e enteados, como acontece num segundo casamento (CARVALHO e LOPES, 2016).

Família extensa – é uma rede familiar ligando consanguíneos, aliados e descendentes, ao longo de, pelo menos, três gerações. A família extensa consiste basicamente no grupo formado por várias outras famílias, ou seja, formada por parentes próximos (AUGÉ, 2003).

Família fantasma – composta pela mulher e filhos, sendo o pai biológico ausente e o papel paterno sendo desenvolvido por um parente do sexo masculino próximo (CARVALHO e LOPES, 2016).

Família anaparental – constituída pela convivência entre parentes no mesmo lar, com objetivos comuns, unidos por sua afetividade ou necessidade financeira ou emocional, como o medo de viver sozinho.

Família eudemonista – constituída pela convivência entre pessoas por laços afetivos e solidariedade mútua, como é o caso de amigos que vivem juntos no mesmo lar, rateando despesas, compartilhando alegrias e tristezas, como se irmãos fossem, razão por que os juristas entendem por bem considerá-los como formadores de mais um núcleo familiar (ANDRADE, 2008).

No Brasil do século XIX, o ideal burguês de família correta e aceita socialmente era a nuclear e se fundava em um sólido ambiente familiar, o lar acolhedor, filhos educados e esposa dedicada ao marido, às crianças e desobrigada de qualquer trabalho produtivo (BIROLI, 2014).

A criação do instinto maternal confere às mulheres uma série de tarefas para as quais estariam naturalmente talhadas. Este sentimento seria expresso em cuidados determinados, de responsabilidade exclusiva ou prioritariamente da mãe. É nesse quadro que se definiria a valorização da amamentação da criança pela própria mãe, antes atribuída a amas de leite nas camadas mais ricas da sociedade, e a ampliação do foco nas crianças e em cuidados cotidianos orientados por novas concepções da higiene, da saúde e da alimentação.

No decorrer do século XX ocorreram várias mudanças na estrutura familiar, como a inserção da mulher no mercado de trabalho, menor número de filhos, mais tempo dedicado ao crescimento profissional, maior busca de atividades culturais e momentos de lazer, consolidando novos padrões de sociedade. Ao longo dos anos, as famílias tradicionais vêm sofrendo modificações, não somente estruturais, como também nos papéis e relações familiares, que se tornam menos hierarquizados e mais flexíveis. Contudo, essas modificações não indicam ausência de conflitos. Ressaltam-se aqui as mudanças na autoridade da figura paterna, que vem perdendo seu espaço em virtude da inserção da mulher no mercado de trabalho (TRAD, 2010).

O padrão brasileiro de família foi inspirado no modelo romano (CARVALHO e LOPES, 2016), assim como também adaptou o modelo da família

portuguesa ao nosso ambiente colonial, seguindo o modelo patriarcal e tendências conservadoras. Sangue é o símbolo central na ideologia do parentesco no Brasil (SILVEIRA, 2000).

É difícil falar de família sem abordar a questão do gênero. Questionamentos do papel exercido pelo homem e pela mulher na sociedade têm provocado mudanças nos valores desta. Essas transformações perpassam pelos movimentos feministas, a desvinculação entre sexualidade e procriação, o reconhecimento das uniões homoafetivas. Definir a família sob uma perspectiva apenas biológica não condiz com o que é observado por uma ótica social.

As mulheres conquistaram a igualdade de direitos e conseguiram se inserir no mercado de trabalho e com isso homens e mulheres tem contribuído com os afazeres domésticos, com a educação e cuidado dos filhos e com a renda familiar.

As tendências que mais se destacam na atualidade são a redução do tamanho das famílias e o crescimento do número de famílias cujas pessoas de referência são mulheres. A mudança na estrutura das famílias pode ser exemplificada pela redução do número de filhos, afetando o tamanho da família (TRAD, 2010).

Novas modalidades de famílias vêm surgindo, como exemplo:

- 1) Famílias adotivas temporárias;
- 2) Famílias adotivas birraciais/multiculturais;
- 3) Famílias monoparentais;
- 4) Casais homossexuais;
- 5) Famílias reconstituídas depois do divórcio;
- 6) Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais.

Ao analisar a história, pode-se perceber, que ao contrário de uma família ideal, o que se encontra em nosso passado são famílias que se constituíram através das circunstâncias econômicas, culturais e políticas sob as mais variadas formas. O antigo padrão familiar, antes constituído por pai, mãe, filhos e outros membros, cujo comando centrava no patriarca e/ou matriarca, deixou de ser o único a ser aceito. Em seu lugar surgem novas composições familiares, ou seja, famílias constituídas de diversos modos, desde as mais simples, formadas apenas por pais e filhos, outras formadas por casais vindos de outros

relacionamentos, além de famílias compostas por homossexuais, por avós e netos e outros.

Com o transcorrer da história a instituição familiar passou a receber proteção especial do Estado fazendo surgir a igualdade de condições entre os cônjuges para exercer o poder familiar de forma equilibrada (SANTANA, 2015).

A definição de família passou por enormes mudanças próprias derivadas do progresso dos costumes, da tecnologia e das ciências, por meio dos quais a legislação aumenta sua natureza protetiva acatando uma verdade fática, que revela o perfil que a família vem adotando modernamente, destacando a prioridade da pessoa nos vínculos familiares, a importância da afetividade, a referência à dignidade da pessoa humana e seus direitos fundamentais (SANTANA, 2015).

No Brasil, a Constituição Federal consagrou a pluralidade da família, deixou claro que, como base da sociedade, a família deve ser considerada, como uma união de indivíduos, independente de sexo e quantidade, que se juntam com o intuito de constituir família, unidas pelo afeto que possuem uma com a outra. Em razão deste fato merece proteção do Estado (SANTANA, 2015).

A Constituição de 1988, em um entendimento que faria parte também do Código Civil de 2002, reconheceu a união estável e as famílias monoparentais como unidades familiares. A partir do Censo de 2010 houve a inovação de novos núcleos familiares constituídos depois da separação ou morte de um dos cônjuges (CARVALHO e LOPES, 2016).

Em geral, as mulheres são mais preocupadas com sua própria saúde e dos filhos, do que os homens. Teorias acreditam que seja pelo fato de sua natureza, em ser mãe e protetora, bem como as profissões de cuidado geralmente serem dominadas por mulheres (MONTENEGRO, 2003).

Nesta pesquisa, quando nos referimos à família, estamos falando de todas as pessoas próximas à mãe que provavelmente estarão disponíveis para ajudar nos cuidados com o recém-nascido prematuro. A nossa referência, então, para este estudo é a família extensa.

Uma das situações que gera grande preocupação entre os familiares é o nascimento de um bebê prematuro. Muitas vezes o tão esperado bebê não pode ser levado para casa e precisa ficar internado numa UTIN, onde vai receber atendimentos especializados 24 horas por dia. O longo período de internamento

acaba dificultando o estabelecimento do vínculo mãe-bebê, levando a uma insegurança da mãe, ou mesmo da família, sobre sua capacidade de cuidar de seu recém-nascido (RN) (RABELO et al, 2007).

Quando nasce um bebê pré-termo, nascem também pais prematuros, que muitas vezes ainda não estariam preparados para a chegada do bebê. O bebê sonhado e idealizado pelos familiares acaba sendo diferente do bebê real, frágil, que necessita de cuidados especiais e isto acaba gerando sentimentos de frustração, culpa e angústia (FERECINI et al, 2009). Existe a frustração de não poder levar o bebê para casa e nem ao menos poder tocá-lo livremente dentro da incubadora. O efeito desse nascimento prematuro sobre os familiares já pode nos proporcionar uma ideia de como será a recepção deste bebê em casa, começando pela construção do vínculo dentro do ambiente impessoal e tenso da UTIN (SILVA, 2002).

É comum os pais de bebês prematuros apresentarem muitas dúvidas, mesmo sobre assuntos aparentemente simples como a amamentação e o banho. Muitas vezes estas dúvidas não são sanadas dentro da UTIN, seja por vergonha dos familiares em questionar os profissionais ou pelo nível de estresse em que essas famílias se encontram que os levam a não pensar em outra coisa a não ser a sobrevivência do bebê. Além das dúvidas existem também os medos (como o medo de o bebê engasgar) e as expectativas (em relação ao desenvolvimento do bebê) que afetam todos os envolvidos nos cuidados com o bebê (MARTINEZ et al, 2007).

Muitas vezes os pais se sentem inseguros para cuidar de seus bebês prematuros em casa após a alta, mesmo tendo recebido algum tipo de informação e treinamento durante o período de internação hospitalar, até porque o processo de alta do bebê acontece independentemente das condições de vida e moradia da família e do preparo dos pais para cuidar deste RN. A alta do bebê altera toda a dinâmica familiar e o receio anterior pela sobrevivência do bebê agora dá lugar à responsabilidade pela saúde e bem-estar da criança (SANTOS, et al, 2014a).

O ambiente hospitalar certamente não é aquele imaginado pelos pais para os primeiros dias de vida de seu bebê. A luminosidade excessiva, os ruídos

característicos de alarmes e manipulação de pranchetas e medicações, os aparelhos assustadores para a manutenção da vida, fazem da UTIN um ambiente inigualável. Os pequenos pacientes precisam lutar pela vida dentro de incubadoras ou berços aquecidos, nos quais só se pode tocar após intensa higienização das mãos. Toucas e aventais descartáveis fazem parte do traje para visitar o bebê. Um recém-nascido pré-termo,

“é um organismo imaturo e vulnerável que, para sobreviver, precisa ser internado na UTIN, que consiste em um ambiente altamente estressante. Esse ambiente é permeado por condições adversas relacionadas com uma multiplicidade de estímulos, rotina com imprevistos, rotatividade de cuidadores e estímulos com características estressoras. De um lado, a UTIN protege o bebê para sobreviver, mas por outro lado o expõe a uma série de adversidades” (LINHARES, GASPARDO e KLEIN, 2012, p. 52).

Na UTIN existe uma equipe de profissionais especializados no cuidado intensivo de bebês que apresentam algum grau de risco de morte. Esses bebês muitas vezes necessitam receber alimentação via sonda, medicações endovenosas, algum tipo de suporte ventilatório e acompanhamento monitorizado de seus sinais vitais. O ambiente de uma UTIN, com todo o seu aparato tecnológico, com seus ruídos característicos, pode se mostrar um lugar assustador e pode fazer com que as mães e familiares do bebê prematuro tenham receio sobre as reais chances de sobrevivência do bebê (CORRÊA-CUNHA et al, 2013). Para poder suportar a separação do seu bebê, a família precisa ter segurança e confiança nos profissionais que cuidam do seu RN prematuro (DELGADO, 2002).

Dentro deste ambiente hospitalar especial é dado ênfase à manutenção da vida, deixando em segundo plano as necessidades emocionais e sociais do bebê e seus familiares (MARTINEZ et al, 2007). Existe a necessidade de uma integração dos cuidados físicos e biológicos com o incentivo à interação entre os familiares com seu bebê, levando à criação de vínculo (COUTO e PRAÇA, 2012).

Durante o período de internação hospitalar do bebê já deve ocorrer o desenvolvimento de habilidades dos familiares para o manejo do seu RN prematuro, visando um maior empoderamento da família em relação ao cuidado do bebê em domicílio (COUTO e PRAÇA, 2012). É muito importante que pais e familiares sejam preparados para cuidar do seu bebê durante todo o período de

internação hospitalar, pois desta forma pode-se reduzir a ansiedade e aumentar a autoconfiança da família no cuidado com o RN após a alta hospitalar (FONSECA et al, 2004).

A alta hospitalar é um momento muito esperado pelos familiares do prematuro, mas este momento de grande alegria é também permeado pela ansiedade e o medo de que algo aconteça com o bebê longe da atenção especializada ofertada dentro do ambiente hospitalar. No ambiente domiciliar, o bebê prematuro irá demandar de sua família cuidados diferenciados, próprios das necessidades de um RN de risco (SIQUEIRA e DIAS, 2011). A espera pelo momento da alta acaba se tornando angustiante porque é uma situação que foge ao controle dos pais e familiares (DELGADO, 2002). Para que um bebê internado em uma UTIN possa receber alta, existem alguns critérios que a equipe profissional deve seguir (PEREIRA, 2012):

- Demonstrar estabilidade fisiológica:
 - ✓ Capacidade para alimentar-se exclusivamente por via oral, sem apresentar engasgo, cianose ou dispneia, em quantidade suficiente para garantir um crescimento adequado (mínimo de 20 gramas por dia, por pelo menos 3 dias consecutivos);
 - ✓ Capacidade de manter temperatura corporal normal, estando vestido e em berço comum, a uma temperatura ambiente de 20 a 25 °C;
 - ✓ Função cardiorrespiratória estável e fisiologicamente madura, sem apneia ou bradicardia por um período de 8 dias.
- For constatado que seus pais e/ou cuidadores estão treinados, com conhecimento e habilidade para alimentá-lo, prestar os cuidados básicos do dia a dia e de prevenção, administrar medicações e detectar sinais e sintomas de doenças.
- Estiver concluído o plano de alta e tomadas as providências para que as necessidades relativas ao cuidado domiciliar e médico sejam devidamente atendidas.
- Tiver garantido o acesso a seguimento ambulatorial para monitorização do crescimento, do desenvolvimento e intervenção preventiva e terapêutica.

“A identificação do momento apropriado e seguro para a alta do prematuro é essencial para garantir o sucesso da transição entre o hospital e o domicílio e reduzir o risco de morte e de morbidades” (PEREIRA, 2012, p.8).

Para que a transição do hospital para o domicílio ocorra de uma forma mais natural, num contexto de continuidade, é interessante que a família receba um treinamento sobre os cuidados com o bebê durante todo o período de hospitalização. A equipe hospitalar deve utilizar uma linguagem simples e oferecer informações transparentes para que os familiares possam compreender as situações vivenciadas por seus filhos sem falsas interpretações ou angústias desnecessárias (NIETO e BERNARDINO, 2012). Porém na realidade da rotina das equipes multidisciplinares que atuam em UTINs observa-se que existem muitos procedimentos a serem realizados, prontuários para serem preenchidos, intercorrências a serem atendidas e muitas vezes existe um número reduzido de profissionais, o que acaba levando a uma sobrecarga de serviço, reduzindo o tempo hábil junto aos familiares para treiná-los para o momento da alta hospitalar.

O bebê prematuro tem a evolução normal do seu sistema nervoso central (SNC) interrompida e por isso apresenta riscos em seu desenvolvimento neuropsicomotor, podendo apresentar déficits funcionais, cognitivos e comportamentais (ZOMIGNANI, ZAMBELLI e ANTONIO, 2009). Devido a esta vulnerabilidade, a criança nascida prematuramente precisa de acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. Os bebês que apresentam algum risco para o seu desenvolvimento neuropsicomotor são aqueles que (OLIVER, ANTONIUK e BRUCK, 2012):

- apresentaram peso ao nascimento inferior a 1.500g, principalmente aqueles com peso inferior a 1.000g;
- nasceram com idade gestacional menor do que 34 semanas;
- nasceram pequenos para a idade gestacional;
- apresentaram asfixia perinatal;
- apresentaram hemorragia peri e intraventricular graus III e IV;
- apresentaram convulsões;
- apresentaram displasia broncopulmonar.

A evolução da Medicina tornou realidade uma maior taxa de sobrevivência dos bebês nascidos prematuros, porém a incidência de sequelas, que envolvem atraso no desenvolvimento entre os sobreviventes, não tem diminuído de forma significativa. Por isso é importante fazer o acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar como uma continuidade dos cuidados recebidos na UTIN. As consultas devem ser organizadas de forma que a criança faça uma avaliação global e conjunta com a equipe multiprofissional e com as diversas especialidades médicas que forem necessárias. O acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, proporcionará menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e desenvolvimento, adequada inclusão na escola e maior potencial de aprendizado (SILVEIRA, 2012). Este acompanhamento periódico possibilita a detecção precoce de possíveis fatores de risco e o início da estimulação precoce quando necessário, minimizando sequelas (RODRIGUES e BOLSONI-SILVA, 2011).

A equipe de saúde multidisciplinar é composta por vários profissionais de diversas áreas, cada um com uma função:

- **Médico Pediatra / Neonatologista** – Avalia o crescimento e acompanha o desenvolvimento. Responsável pelos cuidados em intercorrências clínicas em geral (SILVEIRA, 2012).
- **Médico Neurologista** – Responsável pelos cuidados em longo prazo das neuropatologias, tais como convulsões e paralisia cerebral (SILVEIRA, 2012).
- **Médico Oftalmologista** - Acompanhamento da retinopatia da prematuridade e tratamento. Avaliação da visão e de problemas visuais, como o estrabismo. Prevenção da cegueira (SILVEIRA, 2012).
- **Médico Otorrinolaringologista** – Responsável pelos cuidados da perda auditiva (SILVEIRA, 2012).
- **Obstetra** - Apoio ao aleitamento materno e cuidados com as mamas (NETTO et al, 2008).
- **Enfermagem** - Controle dos medicamentos em uso. Orientação de medidas preventivas de diversas doenças. Responsável pelo cuidado de

sondas entéricas e cuidados gerais de higiene, quando necessário reforço (SILVEIRA, 2012).

- **Fisioterapeuta** - Responsável por avaliar desenvolvimento motor, tônus e força muscular. Planejar acompanhamento individualizado adequado. Ensinar aos pais exercícios para fazer em casa (SILVEIRA, 2012).
- **Fonoaudiólogo** - Avaliar potencial auditivo, prevenção da perda auditiva, coordenação da deglutição e auxílio nas dificuldades de linguagem e fonação (SILVEIRA, 2012).
- **Psicólogo** - Avaliação formal do neurodesenvolvimento com testes diagnósticos específicos. Avaliação dos problemas comportamentais, vínculos e cuidados nessas situações (SILVEIRA, 2012).
- **Nutricionista** - Conselhos sobre aleitamento materno e alimentação complementar adequada. Responsável pelo cuidado das crianças com falha de crescimento. Responsável pelo cuidado das situações que requerem dieta especial (SILVEIRA, 2012).
- **Terapeuta Ocupacional** - Programar reabilitações das crianças com dificuldades. Acompanhamento e diálogo com escolas e pré-escolas. Definir habilidades que capacitem no contexto social e profissional futuro (SILVEIRA, 2012).
- **Assistente Social** - Responsável pelo cuidado dos problemas sociais, como pobreza extrema, etc (SILVEIRA, 2012).

É muito importante que o acompanhamento do bebê de alto risco ocorra nos primeiros dois anos de vida, período em que o SNC cresce e amadurece, e pode apresentar algum comprometimento. A detecção precoce de qualquer tipo de alteração permite uma intervenção também precoce, prevenindo ou reabilitando as possíveis sequelas às quais o bebê está sujeito (SANTOS, CAMPOS e ZANELLI, 2012). Sendo assim, é fundamental um bom entendimento entre a família e a equipe de saúde que acompanha o bebê pré-termo, desde o período hospitalar até a finalização do acompanhamento ambulatorial.

DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO, EDUCAÇÃO E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE: A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE

A produção do conhecimento é uma ciência na qual o pesquisador procura estudar um determinado tema buscando um novo enfoque sobre o assunto, novos questionamentos, novos saberes. Cada área de conhecimento costuma seguir uma linha de raciocínio, seja realizando pesquisas de cunho quantitativo ou qualitativo.

Atualmente, no universo acadêmico, temos observado uma certa saturação do conhecimento das disciplinas. A formação dos discentes apresenta-se voltada ao mercado de trabalho e tem valorizado cada vez mais a especialização dos profissionais em assuntos específicos de cada área, e com isso levando a uma reprodução do conhecimento já existente (BAGAROLLO e OLIVEIRA, 2016).

Buscando uma produção de novos conhecimentos e uma ampliação dos saberes disciplinares, observa-se que muitas Universidades estão criando programas interdisciplinares, em busca do cruzamento de atividades com lógicas diferentes para a produção de resultados diferentes. “O que interessa é o avanço do conhecimento através de suas diferentes manifestações” (LEIS, 2005, p.9).

O desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar, seja em uma escola, Universidade, ambiente de trabalho ou na comunidade, é bastante complexo quando colocado em prática. Todos os profissionais envolvidos devem se dispor a ter empatia por todos os participantes, ter pelo menos um breve entendimento de cada área de conhecimento ali reunida em prol de um objetivo comum. Na interdisciplinaridade cada um traz consigo o seu saber, para que juntos possam unir conhecimentos individuais para aprimorar um trabalho em equipe.

Um objeto de estudo que pode se beneficiar grandemente com a produção de conhecimento interdisciplinar é a comunidade, que vem apresentando-se de diferentes formas ao longo da história.

O homem é um ser social, sua existência só é completa se ele estiver inserido em uma comunidade. Essa palavra, comunidade, evoca sensações de solidariedade, de proteção, de relações sociais. Para Albuquerque (1999, p. 51),

a comunidade é uma forma de relacionamento onde existe “intimidade, profundidade emocional, engajamento moral e continuidade no tempo. (...) a antítese da comunidade é representada pelas relações impessoais, anônimas e fracionadas”.

O caráter familiar e regional da comunidade sofreu grandes mudanças com o advento do capitalismo e do êxodo rural. A vida nas cidades acabou afastando as pessoas e é possível observar que com o passar do tempo o homem foi se tornando mais individualista, as famílias se concentraram dentro de poucas paredes. Não existe mais um vínculo com o outro, restando a desconfiança, a competição, a violência, o medo do próximo, heranças da modernidade.

O que se vê atualmente é uma nova busca por grupos sociais onde as pessoas possam se sentir participantes, a busca pela convivência com pessoas com os mesmos ideais. Por isso vê-se vizinhos utilizando as novas tecnologias das redes sociais para unirem-se para proteger sua rua ou o seu bairro, indivíduos com gostos semelhantes criando comunidades de leitura e discussão de assuntos em comum. Retoma-se uma busca por aquilo que é familiar.

“O local, a comunidade, a família, por nos serem próximos, tendem a representar segurança e proteção em um mundo aparentemente instável, de proporções globais etc. Uma vez estruturados com base em harmonia e solidariedade, seriam espaços de abrigo e amparo em meio às turbulências da vida urbana.” (PERUZZO e VOLPATO, 2009, p.140).

Dentro destas “novas” comunidades existem espaços muito vastos de informações a serem pesquisadas e compreendidas. Entre o conservador e o moderno existe uma gama quase infindável de objetos de pesquisa para serem explorados por pesquisadores das mais variadas áreas e, de preferência, que queiram juntos e com novos olhares, desbravar os novos contextos da nossa sociedade atual.

Pensando nestas “novas comunidades” que surgiram, principalmente com o advento da globalização – que aproxima mesmo as pessoas mais distantes, tivemos a ideia de ouvir um grupo de características únicas que são os familiares de bebês nascidos prematuramente. Essa é uma comunidade com uma vivência diferenciada do tornar-se pai e mãe, que enfrenta dias de angústia dentro de um

hospital, sem saber quando finalmente vai levar seu bebê para casa, para o convívio familiar. Um mundo de dúvidas povoa suas mentes, termos médicos de difícil compreensão passam a fazer parte de seu dia a dia. Foi na tentativa de aproximar esses dois mundos, família e equipe profissional de saúde, que realizamos esta pesquisa, tentando simplificar palavras e ações no cuidado com o recém-nascido prematuro quando chega a tão esperada hora de ir para casa.

Além de trabalharmos, então, a interdisciplinaridade entre a comunidade e os diversos saberes dentro da área da saúde, nesta pesquisa associamos ainda as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que são campos disciplinares que operam de maneiras distintas, mas que juntos podem ir além dos seus campos específicos e buscar um olhar diferenciado para a solução de problemas reais e complexos (ARAÚJO, 2011).

Existe um novo universo englobando o real, o chamado virtual, são dicotômicos, mas fundidos, criando novas formas de interação não geográfica, dinamizada e que não podem ser separadas nas pesquisas. Precisamos dessa integração da cibercultura com a saúde pública para que possamos acompanhar a sociedade e suas formas de interação e usar da melhor maneira possível este conhecimento e instrumentos para o desenvolvimento de políticas públicas, intervenções e pesquisas em saúde pública (HONORATO, 2014).

A saúde é um tema muito amplo e que diz respeito a todos nós. O estudo técnico dos assuntos da saúde logicamente acontece dentro de Escolas Especializadas, Faculdades e Universidades, mas é de suma importância que a população em geral tenha um conhecimento mínimo sobre sua saúde e principalmente sobre assuntos específicos que fazem parte do seu dia a dia. A educação em saúde é um incentivo ao desenvolvimento de habilidades e à construção do conhecimento e é responsabilidade dos profissionais de saúde a sua criação e divulgação (SPÍNDOLA et al, 2013).

No caso específico dos pais e familiares de bebês prematuros, já há algum tempo verificou-se a importância de se ter um suporte para auxiliar no conhecimento dos mesmos sobre as orientações nos cuidados com seus bebês, mantendo linguagem simples e clara para facilitar seu entendimento (MARTINEZ et al, 2007). Muitas vezes os recursos de aprendizagem que os pais e familiares

de bebês prematuros tem acesso são revistas, jornais, a experiência de amigos e parentes, programas de televisão e o contato esporádico com a equipe de saúde, que nem sempre consegue tirar todas as dúvidas dos pais (FONSECA et al, 2004).

A educação em saúde instrumentaliza os pais na aquisição de habilidades para oferecer a melhor assistência possível aos seus bebês em domicílio (FERECINI et al, 2009). Os familiares que têm acesso ao conhecimento sobre a saúde de seu bebê, acabam se tornando mais participativos em seus cuidados (SILVA et al, 2018).

A educação popular é um diálogo entre as partes envolvidas, é um sinal de respeito e de compreensão do ser humano como um todo e se insere também na humanização do atendimento. Neste processo de ensino-aprendizagem reconhecemos o paciente como autor de sua própria história e permitimos a disseminação do saber através da simplificação da linguagem técnica para uma maior compreensão daquele que recebe a informação (PULGA, 2014).

Neste sentido, torna-se, então, relevante pensar em formas de se trabalhar a educação em saúde, criando materiais didático-funcionais que possam trazer algum embasamento teórico a essas famílias, ajudando-os a desenvolver habilidades para o cuidado com o bebê prematuro em casa (FERECINI et al, 2009). Já existem alguns instrumentos de educação em saúde direcionados ao cuidado do bebê prematuro após a alta, como a “Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro” (FONSECA et al, 2004), o website “Prematuro” <http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php> (CUSTÓDIO, VASCONCELOS, BELIAN, 2016), o aplicativo FitBaby, criado e utilizado nos Estados Unidos da América (HAYES, 2011), entre outros.

Na atualidade o mundo gira em torno da tecnologia. O uso de computadores, notebooks e aparelhos de telefonia celular móvel (celulares) substituíram livros, dicionários, prontuários, agendas, despertadores, câmeras de foto e vídeo, videogames, fazendo com que tenhamos o mundo na palma das mãos. O uso das Tecnologias de Informação em Saúde tem crescido exponencialmente (GUND et al, 2013), sendo utilizados sistemas digitais que

substituem prontuários de pacientes e todos os documentos físicos relativos a contratos, processos burocráticos e afins.

As TICs hoje não são mais privilégio de poucos e nem tampouco exclusividade das classes econômicas mais favorecidas da sociedade. Atualmente um número cada vez maior de pessoas têm acesso a computadores, aparelhos de telefonia celular e ao uso da internet. Sendo assim, temos um público variado em busca de educação em saúde na rede mundial de computadores, e entre eles os usuários do sistema público de saúde (HONORATO, 2014).

A tecnologia une o conhecimento teórico à prática para a elaboração de instrumentos que possam trazer a solução de problemas e/ou a expansão do conhecimento (LIMA, VIEIRA e NUNES, 2018). Na medida em que as pessoas vêm se interessando cada vez mais em buscar informações em websites e aplicativos móveis para o celular, percebemos que os profissionais de saúde podem utilizar destes meios de comunicação para promover um suporte diferenciado de auxílio ao público em busca de conhecimentos práticos em saúde, através de informações, orientações e prestação de serviços (MIRANDA e ARAÚJO, 2012), como os cuidados com o bebê prematuro após a alta hospitalar.

Para Iriart e Silva (2015),

“Nos dias atuais, a Internet não é só uma importante fonte de informação sobre o processo saúde/doença/cuidado, mas também uma tecnologia que permite a construção de novas formas de subjetividades e de interação socioafetiva, merecendo atenção especial no campo da saúde coletiva” (p. 2253).

Segundo Wen (2008), telessaúde é a realização de atividades de saúde à distância. E-saúde, segundo Miranda e Araújo (2012), se refere às informações sobre saúde disponíveis na rede mundial de computadores. Dentro do espaço virtual existem muitas opções de acesso a informações sobre saúde, como sites acadêmicos, periódicos online, sites governamentais, blogs, entre outros. Por outro lado, temos o E-paciente, que é aquela pessoa que utiliza a internet em busca de informações relacionadas à saúde que a afetam diretamente (FERGUSON, 2008).

A saúde ganha seu espaço informatizado também no campo da educação, seja de seus profissionais, através de cursos de Educação à Distância e grupos de discussão online, como de seus pacientes, que podem receber informações elucidativas das mais variadas dúvidas através da pesquisa em sites de busca ou mesmo baixando aplicativos dos mais variados temas em seus aparelhos celulares. Desta forma, as TICs são uma possibilidade de ampliar o canal de comunicação entre profissionais e pacientes ou mesmo entre os próprios profissionais (OLIVER-MORA e IÑIGUEZ-RUEDA, 2017).

Para Oliver-Mora e Iñiguez-Rueda (2017), a introdução das TICs para educação em saúde podem trazer as seguintes melhorias:

- Na relação de confiança entre os pacientes e os profissionais da atenção primária;
- Na formação dos pacientes em relação ao seu estado de saúde;
- Na constituição de redes de apoio entre pacientes;
- Na autonomia e na capacidade decisória dos pacientes;
- Uma atenção em saúde mais personalizada;
- Na colaboração entre os profissionais de saúde;
- Na qualidade dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção secundária.

A busca dos pacientes por informações de saúde na internet acabou gerando um fenômeno que ficou conhecido popularmente como “Dr. Google”, onde o paciente acessa informações específicas sem nenhum intermediário, sem consultar uma opinião médica, absorvendo informações e conhecimentos de outros pacientes e vivências através de blogs e fóruns leigos (OLIVER-MORA e IÑIGUEZ-RUEDA, 2017). É de suma importância que os profissionais da saúde se envolvam cada vez mais no desenvolvimento de ferramentas virtuais de aprendizagem direcionadas aos seus pacientes, ferramentas estas produzidas através de fontes confiáveis, validadas e de fácil entendimento, para dar aos E-pacientes opções de busca mais assertivas. O desenvolvimento de aplicativos móveis por profissionais que conhecem as reais necessidades de seus usuários finais é fundamental para que os pacientes possam receber informações práticas fundamentadas em pesquisas (TIBES, DIAS e ZEM-MASCARENHAS, 2014).

PROBLEMA DE PESQUISA

Tendo em vista o exposto acima, chegou-se a este problema de pesquisa: “Como ocorre o processo de desenvolvimento de um aplicativo móvel para celular, através da demanda do seu público-alvo, para que possa servir como uma nova estratégia para assistir os familiares de bebês prematuros sobre os cuidados após a alta hospitalar?”

JUSTIFICATIVA

O período durante o qual um bebê prematuro permanece internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é cercado de cuidados especializados 24 horas por dia. Durante todo o processo de evolução do paciente até o momento da alta desta Unidade, por mais que os familiares estejam presentes o maior tempo possível, sua participação é mais limitada no cuidado com o bebê. A justificativa para a realização deste trabalho é o desenvolvimento de uma estratégia de apoio ao cuidado do bebê prematuro após a alta hospitalar que seja de fácil acesso, rápida e que necessita conter informações que sejam fundamentadas e seguras, de acordo com as necessidades dos usuários. Acredita-se que o empoderamento da mãe/família no cuidado ao seu filho prematuro é importante para se reduzir as taxas de morbimortalidade desta população.

OBJETIVOS

Geral

O presente estudo tem como objetivo principal desenvolver um aplicativo móvel para celular que possa servir de suporte aos familiares de bebês prematuros egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nos cuidados da criança após a alta hospitalar.

Específicos

- Investigar a demanda de conhecimento dos familiares sobre o cuidado ao bebê prematuro;
- Sistematizar a demanda dos familiares em temáticas, em forma de perguntas e respostas;
- Conceituar a demanda desses familiares embasada em literatura específica;
- Apresentar o conteúdo a profissionais expertises para aprimoramento;
- Desenvolver o aplicativo móvel em si.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa metodológica, que teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO sob o nº 2.409.240 (Anexo), composta por duas etapas, de delineamento qualitativo. “O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem” (MINAYO, 2008, p.57).

A pesquisa metodológica tem como objetivo o desenvolvimento, a validação e a avaliação de instrumentos de pesquisa (LIMA, VIEIRA e NUNES, 2018).

Na primeira etapa realizamos uma entrevista com familiares de bebês prematuros egressos da UTIN de um hospital filantrópico da região sudeste do Estado do Paraná para se levantar quais informações esses usuários gostariam de obter sobre a saúde do bebê recém-nascido. A coleta dos dados foi realizada no Ambulatório de Alto Risco no Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS), onde ocorrem as primeiras consultas entre 7 e 10 dias após a alta hospitalar com uma equipe interdisciplinar, composta por pediatra, enfermeira, técnica de enfermagem, psicóloga, fonoaudióloga e assistente social. O acompanhamento do bebê neste ambulatório é mantido até aproximadamente um ano de idade. O grande diferencial desta pesquisa é exatamente o ineditismo de entrevistar os familiares após a alta hospitalar, período onde ocorrem as vivências e experiências dos medos e dúvidas quanto ao cuidado do bebê prematuro em domicílio. As entrevistas foram realizadas de forma individualizada com cada família dentro de uma das salas que estivesse disponível dentro do prédio do CIS e teve duração média de 10 (dez) minutos.

A presente pesquisa foi realizada exclusivamente com familiares de bebês prematuros egressos de um mesmo Hospital, situado na cidade de Irati, na região sudeste do Estado do Paraná. Este Hospital possui o serviço de maternidade, alojamento conjunto e UTIN e é o Hospital de referência para os nove municípios que compõem a 4ª Regional de Saúde: Fernandes Pinheiro, Guamiranga, Imbituva, Inácio Martins, Irati, Mallet, Rebouças, Rio Azul e Teixeira Soares.

O acompanhamento de pré-natal de alto risco e a puericultura dos bebês nascidos prematuramente nesta região são realizados no Consórcio Intermunicipal de Saúde – CIS, também na cidade de Irati, que é um Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial da Rede Mãe Paranaense. Os atendimentos ocorrem através do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo que todas as mães e bebês são acompanhados dentro do Programa Mãe Paranaense.

O Hospital em questão, Ponto de Atenção Hospitalar referência da Rede Mãe Paranaense para os nove municípios inseridos no CIS, é credenciado na estratégia Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), incluindo o critério Cuidado Amigo da Mulher.

A escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória a partir da presença do bebê prematuro e seus familiares na consulta ambulatorial no CIS. Entrevistamos todas as famílias que estiveram presentes na consulta durante o período da pesquisa, de setembro a dezembro de 2017, e que respeitassem os critérios de inclusão. O número de participantes foi definido pelo momento em que chegamos a uma saturação teórica das respostas, quando as entrevistas foram encerradas após a constatação de que não seriam encontrados novos elementos para subsidiar a teorização desejada (FONTANELLA et al, 2011). A entrevista foi aberta e teve como questão norteadora: “Agora que você e sua família são os responsáveis pelos cuidados com o bebê, estamos interessados em saber quais são seus principais medos e dúvidas para cuidar do bebê em casa após a alta hospitalar?”.

Os critérios de inclusão dos participantes desta pesquisa foram: ter bebê nascido prematuro (idade gestacional inferior a 37 semanas), que tenha permanecido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e que não tivesse patologias congênitas ou perinatais associadas. Para acesso aos dados do bebê, foi realizada uma análise de prontuário (os dados coletados estão apresentados no Apêndice I).

Realizamos uma entrevista piloto para verificação da aplicabilidade da questão norteadora, obtendo um resultado positivo, sendo dada sequência às entrevistas. Participaram da pesquisa 26 mães de bebês pré-termo com idades entre 14 e 36 anos, com escolaridade média de ensino médio incompleto e algumas delas acompanhadas por familiares, sendo seis pais de bebês

(companheiros das mães), duas madrinhas de bebês, um irmão do bebê e uma tia da participante. Os bebês prematuros participantes da pesquisa são caracterizados no Quadro 5 abaixo:

Quadro 5 – Caracterização dos bebês prematuros, cujos familiares participaram da pesquisa.

CARACTERIZAÇÃO DOS BEBÊS PREMATUROS		
Sexo	Masculino	Feminino
	n=15	n=11
Idade Gestacional	Mínima	Máxima
	29,6 semanas	36,4 semanas
Peso ao nascer	Mínimo	Máximo
	755g	3.100g
Tipo de parto	Normal	Cesariana
	n=13	n=13
Tempo de hospitalização na UTIN	Mínimo	Máximo
	2 dias	89 dias
Idade do bebê no dia da entrevista	Mínima	Máxima
	10 dias	371 dias

Fonte: a autora

Para garantir o anonimato dos familiares entrevistados, utilizamos a identificação das famílias com nomes de árvores frutíferas. A escolha por esta nomeação se deu na intenção de colocar de forma poética as famílias como as árvores frutíferas que nos dão seus frutos, que são os seus bebês.

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas de forma literal. Para proceder à análise utilizamos a técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática que “consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2008, p.316).

Na segunda etapa da pesquisa, após serem destacados os principais temas revelados pelos familiares, realizamos um levantamento bibliográfico, em literatura específica de acordo com as áreas referentes a cada assunto abordado, em busca das respostas às questões e colocações apresentadas.

Com estes dados em mãos, elaboramos, então, o conteúdo que é apresentado no aplicativo móvel para celular, a partir das demandas destes participantes.

A bibliografia utilizada para a construção do conteúdo do aplicativo foi a mesma utilizada para o desenvolvimento desta dissertação, associada a algumas outras referências apresentadas no Apêndice II.

Para uma avaliação inicial deste conteúdo, selecionamos profissionais expertises em suas áreas de atuação através de amostragem não-probabilística de conveniência, onde o “pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” (GIL, 2008, p.94). A partir das demandas dos familiares participantes, tivemos temas a serem avaliados nas mais diversas áreas da saúde, como Psicologia, Nutrição, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Enfermagem. Os profissionais convidados a participar da pesquisa eram atuantes há pelo menos três anos com o tema abordado e tinham escolaridade de nível superior em profissão da área da saúde supracitada. Poucos profissionais tiveram acesso às informações desta pesquisa neste primeiro momento, num total de 13 (treze) entre 30 (trinta) profissionais convidados, sendo quatro psicólogas, uma nutricionista, duas médicas neonatologistas, duas fonoaudiólogas, três fisioterapeutas e uma enfermeira, todas atuantes no Estado do Paraná (em áreas correspondentes a 2ª e 3ª Regionais de Saúde). Os profissionais expertises receberam as cartas-convite para participação na pesquisa através de seus endereços eletrônicos, juntamente com as questões a serem avaliadas.

As 45 questões foram divididas de acordo com a área de expertise de cada profissional, sendo que as psicólogas avaliaram 17 questões; a nutricionista, 11 questões; as médicas e a enfermeira, 29 questões; as fonoaudiólogas, 19 questões e as fisioterapeutas, 13 questões. Vale ressaltar aqui que cada uma das 45 questões foi avaliada por pelo menos duas áreas de formação profissional diferentes, resultando em uma análise ainda mais rigorosa das questões propostas.

Após a criação do conteúdo, foi desenvolvido o aplicativo móvel para celular junto aos técnicos do Instituto Federal do Paraná – IFPR. Aplicativos são desenvolvidos com o intuito de poderem ser acessados a hora que o usuário

desejar, para isso não costumam estar instalados em máquinas fixas, como é o caso dos computadores, mas sim em aparelhos *mobile*, que permitem ao usuário acessar o software independentemente do local em que estiverem, já que os celulares são mais fáceis de carregar e menores, podendo ser transportados nos bolsos de calças, bolsas, entre outros. Entre os dispositivos utilizados destacamos as plataformas *Android*, *Windows Phone* e *iOS*, dominando cerca de 99% do mercado.

Para que uma aplicação possa ser executada na plataforma *Android* é necessário que seja produzido em linguagem de programação Java. Ao desejar o programa para o *Windows Phone* a linguagem necessária seria a C e toda suíte de desenvolvimento da Microsoft. Já para que o mesmo seja executado em um *Smartphone* que utilize a plataforma *iOS* é essencial o seu desenvolvimento em linguagem *Objective-C*. No entanto o referente aplicativo utiliza uma tecnologia capaz de compilar um software tanto em uma plataforma *Android* quanto em uma *iOS* ou *Windows Phone*, tecnologia essa chamada de “híbrida” ou *cross platform*, que “[...] consistem em uma categoria especial de aplicações web que ampliam o ambiente do aplicativo baseado na Web através da utilização de APIs nativas da plataforma disponível em um determinado dispositivo [...]” (SILVA, PIRES e NETO, 2015, p.27).

Para isso, desenvolvemos o aplicativo utilizando uma mescla de linguagens de marcação, como HTML 5 e CSS 3, e de programação, como JavaScript, além de utilizar o *framework Apache Cordova* e *Ionic*.

A estrutura de desenvolvimento *Apache Cordova* permite que se elabore aplicativos utilizando apenas HTML, CSS e JavaScript, mas ao ser implementado em um aparelho ele fará a comunicação com a plataforma do dispositivo, podendo utilizar as linguagens *C Sharp*, *C++*, *Java* e *Objective-C*. Essa estrutura é responsável por fazer ligação com os recursos nativos do dispositivo, como câmeras, GPS, acelerômetro, entre outros. Também é responsável por criar a janela de navegador nativo, que é precisamente onde o programa em HTML será rodado, dessa forma o programador não necessita criar essa janela ele mesmo. Lopes (2016, p. 5) afirma que:

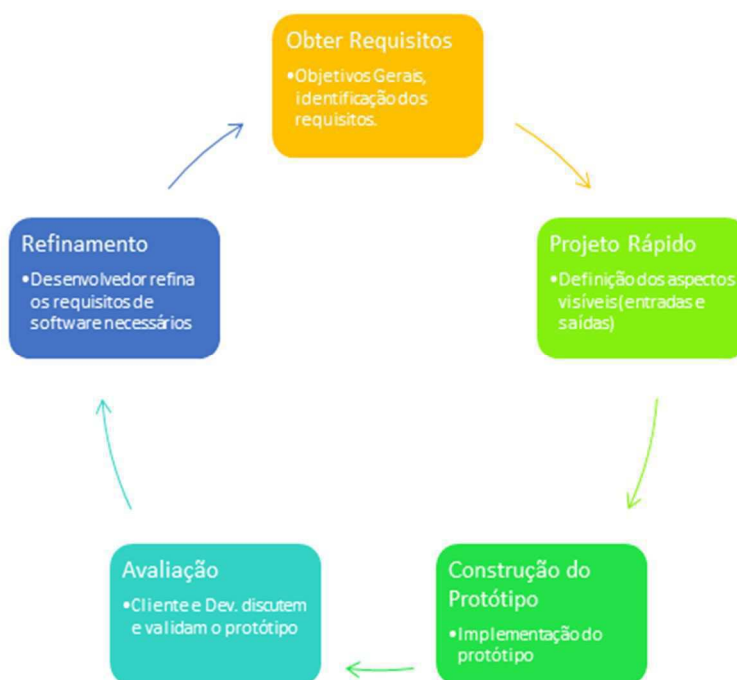
“Só escrever HTML, CSS e JS não é suficiente para ter um aplicativo no fim. Então, o que o Cordova faz é prover uma casca nativa para o nosso aplicativo responsável por subir um browser que fará a execução do nosso código. O papel do Cordova é apenas criar essa janela de navegador para nós, e fazer a comunicação das nossas chamadas de código para chamadas nativas quando necessário”.

Já o SDK *Ionic*, que desenvolvemos utilizando de base o *Cordova*, é responsável pela parte visual do software, ou seja, ele cria aparências similares aos dos aplicativos nativos. Esse conjunto permite que seja programado em uma linguagem só, sendo funcional em diferentes plataformas, podendo atender um grande número de usuários.

Desenvolvemos o aplicativo utilizando o modelo de prototipação, que consiste em desenvolver um protótipo em cada fase, dessa forma é possível ter uma visão mais clara de como será o aplicativo final e quais ajustes são necessários.

Sendo assim, a obtenção de requisitos (o que deverá estar presente no aplicativo), projeto rápido (uma ideia de como será o design do projeto), construção do protótipo, avaliação e refinamento acabam formando um ciclo de forma que só será interrompido quando o software atingir o nível desejado pelo cliente.

Figura 1 – Processo de prototipação



Fonte: <https://www.devmedia.com.br/introducao-a-prototipacao-e-apresentacao-do-axure-rp-6-5/27978>

Fizemos o processo de programação utilizando o sistema operacional *Lubuntu*, que é um derivado da distribuição Linux Ubuntu. Nele foram instalados ambientes de desenvolvimento, como o *Netbeans IDE*, ambiente utilizado para realizar a programação.

Após decidirmos o que seria necessário na aplicação, começamos o seu desenvolvimento, sendo realizado por primeiro o design, sem a adição do conteúdo do aplicativo em questão, para assim poder ter uma melhor visualização da disposição do aplicativo. Apenas após a construção do visual do aplicativo foi que começamos a acrescentar o material. Assim, as telas ficaram divididas na seguinte proporção:

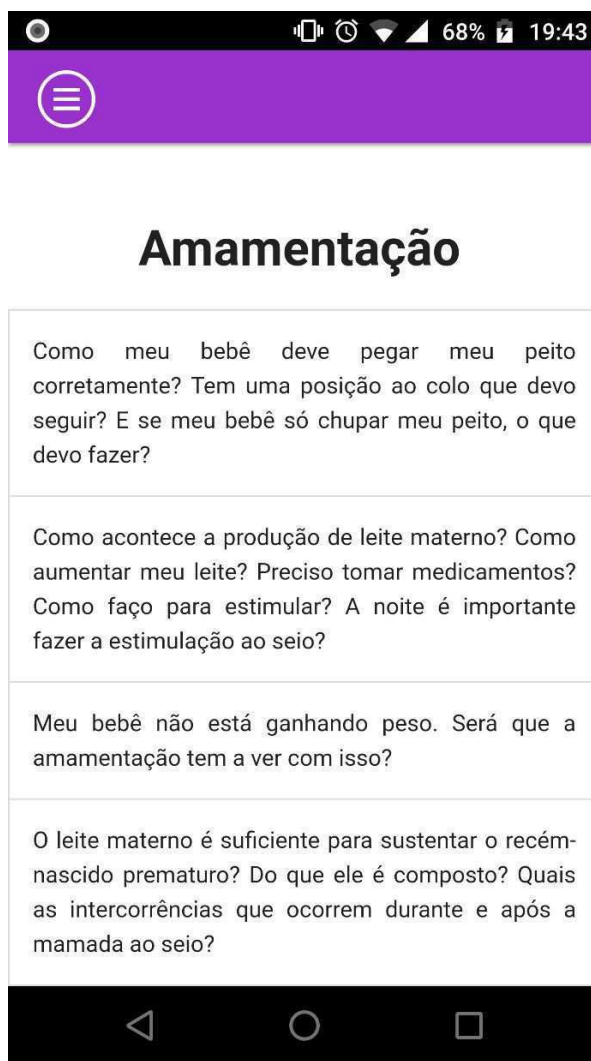
Figura 2 – Tela inicial do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”



Fonte: a autora

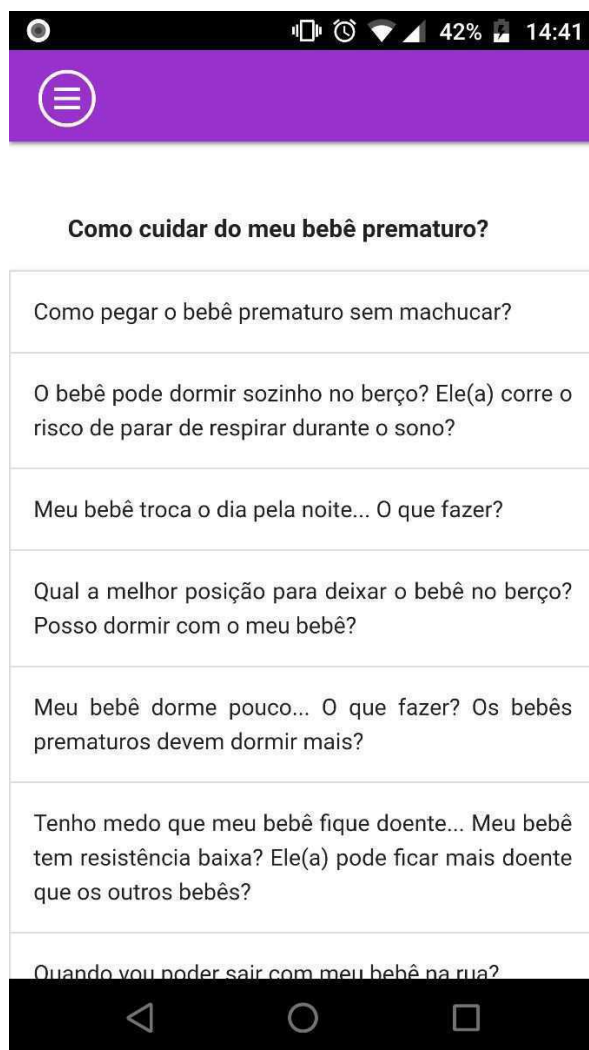
Ao deslizar o dedo da lateral esquerda para a direita o menu se expande, o qual também pode ser aberto ao clicar no ícone no lado superior esquerdo da tela. No menu é possível se redirecionar para as outras páginas apenas clicando sobre o nome delas, como Amamentação, que logo em seguida a página requerida é aberta (Figura 3). Assim se torna possível navegar por todo o aplicativo (Figuras 4, 5 e 6).

Figura 3 – Tela das perguntas sobre o tema Amamentação do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”



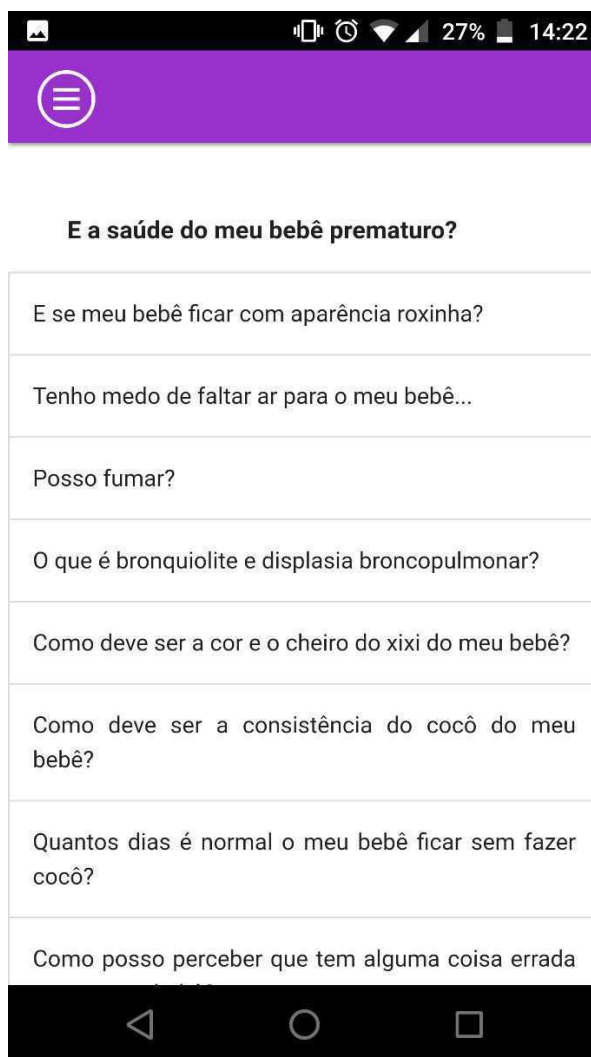
Fonte: a autora

Figura 4 – Tela das perguntas sobre o tema Cuidados com o Bebê Prematuro do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”



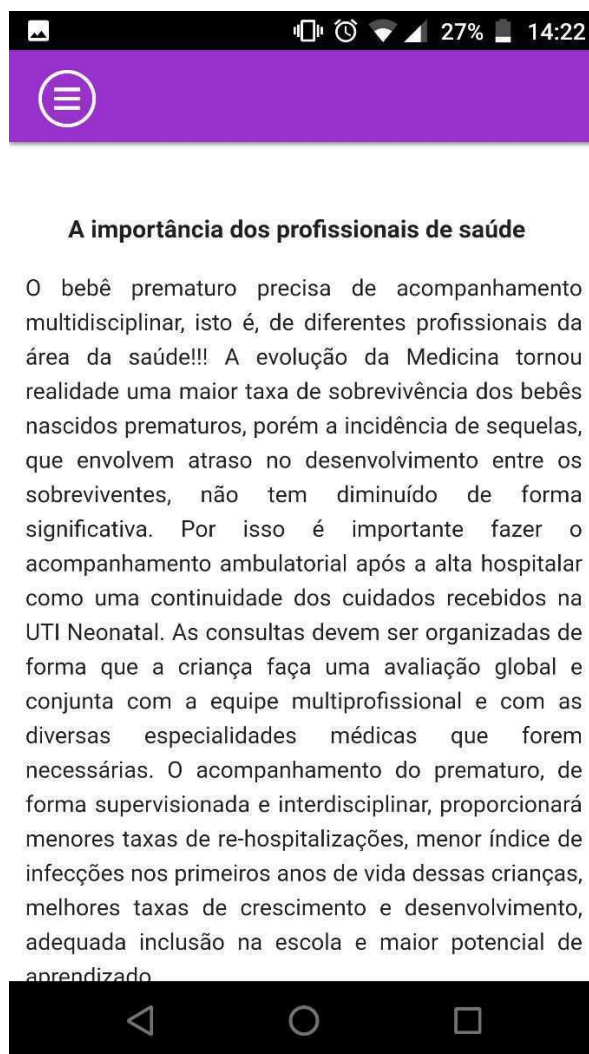
Fonte: a autora

Figura 5 – Tela das perguntas sobre o tema Saúde do Bebê Prematuro do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”



Fonte: a autora

Figura 6 – Tela das informações sobre a Importância dos Profissionais de Saúde no Acompanhamento do Bebê Prematuro do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”



Fonte: a autora

Ao aplicativo desenvolvido nesta pesquisa demos o nome “Meu Pequeno Prematuro”, um nome delicado, voltado aos familiares e dedicado ao vínculo da família com o bebê. As cores de fundo escolhidas para o aplicativo foram nos tons de violeta, roxo e lilás, cores da campanha mundial Novembro Roxo, dedicada à sensibilização com relação à prematuridade.

Para que a pesquisa fosse realizada, todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice III. Os TCLEs foram emitidos em duas vias de igual teor. Todas as vias foram assinadas pela pesquisadora responsável e pelos participantes. Uma

das vias do TCLE foi entregue a cada um dos participantes e as outras farão parte dos documentos do projeto, que deverão permanecer sob a guarda da pesquisadora.

Todos os dados desta pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital, sob guarda e responsabilidade desta pesquisadora, por um período de cinco anos após o término da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação à primeira etapa da pesquisa, a entrevista dos familiares de bebês prematuros, as falas dos familiares revelaram quatro temas, sendo eles: alimentação, higiene, sentimentos e saúde. Dentro desses temas principais, ainda existem subtemas, como mostrado no Quadro 6.

Quadro 6. Distribuição de temas e subtemas resultantes das entrevistas com os familiares de bebês prematuros – CIS - Irati, 2017.

	TEMAS			
	ALIMENTAÇÃO	HIGIENE	SENTIMENTOS	SAÚDE
SUBTEMAS	Amamentação	Troca de fralda	Culpa	Sono
	Complementação	Hora do banho	Medo	Imunidade
	Introdução alimentar		Esperança	Temperatura corporal
			Manter a calma	Condição clínica

Fonte: a autora

Alimentação

Este tema foi um dos que gerou mais dúvidas, trazendo três subtemas. O subtema amamentação foi mencionado repetidamente, principalmente em relação ao uso de medicação para aumento da produção do leite, ao medo que o bebê engasgue durante a mamada e ao medo de o bebê perder peso.

“Nos primeiros dias eu tinha bastante leite, depois começou a diminuir a produção de leite. Aí a doutora pegou e me receitou um remédio pra aumentar a produção de leite” (Família Mangabeira).

“Que eu tenho medo, assim, mais medo, assim, é na hora de dar de mamar, assim, pra ele, sabe, de ele se afogar, alguma coisa... (...) Tá dando de mamar, ele se afogar e eu não saber o que fazer” (Família Parreira).

Os bebês nascidos pré-termo, devido a sua imaturidade e a estímulos sensoriais nocivos vivenciados na UTIN (como intubação, aspiração de vias aéreas superiores, uso de sondas de alimentação, etc), apresentam algumas

dificuldades alimentares, como os engasgos e o risco de aspiração do alimento (PAGLIARO et al, 2016). Por esta razão, é totalmente compreensível o medo que os pais demonstram de que seu bebê venha a se afogar e todas as famílias deveriam receber orientações e estar preparadas para realizarem os primeiros socorros em caso de aspiração.

“A parte mais difícil foi que a gente tinha medo de ela perder peso, né, perdeu muito peso, daí ela começou a perder peso, né, daí a gente ficou muito nervoso, porque a gente não sabia o que fazer, né?” (Família Figueira).

A perda de peso fisiológica (natural) para um recém-nascido de termo é de 10% nos primeiros 7 a 10 dias de vida, recuperando-o em torno do 15º dia. “O ganho ponderal esperado para uma criança em aleitamento materno exclusivo é de 18 a 30 gramas por dia e, ao final do primeiro mês deve ser superior a 500g” (ABRÃO, COCA e ABUCHAIM, 2015, p.91). Vale a pena ressaltar que o ganho de peso em crianças em amamentação exclusiva deve ser calculado individualmente, uma vez que depende do peso ao nascimento e varia de criança para criança.

Recém-nascidos prematuros apresentam dinâmica de crescimento diferenciada nos primeiros meses de vida. Inicialmente, ocorre um período de perda de peso, que será inversamente proporcional à idade gestacional e o peso ao nascer e diretamente proporcional à restrição nutricional e à duração das intercorrências nessa fase (TONACIO, 2015).

Neste estudo, uma das preocupações marcantes dos familiares foi exatamente com relação à perda de peso do bebê, o que é corroborado pelo estudo de Leão, Silva e Lopes (2017). Os autores referem que, ainda na preparação para a alta hospitalar, as mães muitas vezes apresentavam-se ansiosas com relação ao ganho de peso, por ser um fator crucial para a alta do bebê.

Com relação ao subtema complementação, as questões que surgiram com mais frequência foram o uso ou não de complemento e a adaptação do bebê à mudança do leite.

“Será que vai fazer mal, será que não vai? (...) ... se dava pra complementar e continuar com o peito” (Família Figueira).

“Eu tinha medo por causa do leite, que eles mudaram o leite dele. Ele começou com um leite e daí ele, ele não se adaptou” (Família Jabuticabeira).

Assim como para os familiares participantes de nosso estudo, as mães entrevistadas na pesquisa de Abreu et al (2015) questionavam se seu leite seria suficiente para saciar seus bebês. Neste estudo, as mães entrevistadas relataram saber sobre a importância do leite materno, mas acreditavam que seus bebês ficariam mais saciados se recebessem a fórmula láctea como complemento.

Como algumas entrevistas acabaram sendo realizadas com famílias de bebês maiores (acima de seis meses), também surgiram dúvidas com relação à introdução alimentar, levantando questões sobre quais alimentos e bebidas podem ser oferecidos ao bebê.

“Come de tudo, come salada, essas coisas, não sei se pode dar, mas ela come tomate...” (Família Cajueiro).

No Quadro 7 está a lista completa de questionamentos e colocações sobre o tema “Alimentação”.

Quadro 7. Distribuição dos questionamentos levantados pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Alimentação”. CIS – Irati, 2017.

ALIMENTAÇÃO		
AMAMENTAÇÃO	COMPLEMENTAÇÃO	INTRODUÇÃO ALIMENTAR
Estou sofrendo para colocar meu bebê no seio... O que fazer?	Devo ou não usar complemento?	Que alimentos posso dar pro meu bebê?
Meu bebê tem dificuldade para mamar... O que fazer?	Devo ou não dar mamadeira?	Posso oferecer chá?
Qual a melhor posição para o bebê mamar?	Meu bebê não pega mamadeira de jeito nenhum... E agora?	
Qual a pega correta no seio?	A mudança de leite pode fazer mal pro bebê? Como fazer a transição de um leite por outro?	
Devo usar o bico de silicone? Como usá-lo?	Meu bebê tem intolerância à lactose! E agora?	
Qual o tempo ideal da mamada?		
Devo alternar as mamas a cada horário de mamada?		
O que fazer quando o bebê mama muitas vezes durante a noite?		
Meu bebê mama mais vezes ao dia e em menor quantidade... Isso é normal?		
Meu bebê mama demais! Isso é normal?		
Meu bebê não arrota... Isso é normal?		
Tenho muito medo que meu bebê se afogue...		
Meu bebê vomita demais... O que fazer?		
Tenho muito medo que meu bebê perca peso...		
Estou com infecção no seio... O que fazer?		
Meu seio está partido... O que fazer?		
Acho que meu leite não está sustentando meu bebê...		
Devo usar medicação para aumentar a produção de leite?		
Meu bebê largou o seio pelo complemento... E agora?		
Como desmamar o meu bebê?		

Fonte: a autora

Higiene

Este tema resultou em dois subtemas. O subtema troca de fralda trouxe como questão mais citada o medo de machucar o bebê durante a troca. O subtema hora do banho trouxe a questão do medo de machucar o bebê por ele ser muito “miudinho” e poder escapar pelas mãos.

“Na hora que vai trocar, né, tem medo de machucar” (Família Pereira).

“Eu tinha medo de dar banho nele, eu ficava com medo de derrubar ele, ficava tremendo, até, quando dava banho” (Família Tomateiro).

No estudo de Schmidt et al (2013) foi constatado que familiares e profissionais de saúde apresentam conceitos diferentes do “cuidar”. “Para as mães, cuidar está relacionado ao sentimento de afeição, enquanto os profissionais relacionam o cuidado à execução de procedimentos técnicos, ao atendimento das necessidades fisiológicas da criança...” (p. 835).

Como bem coloca Santos et al (2014, p. 68), “O cuidado ao recém-nascido prematuro é diferente dos demais, sendo primordial que a mãe aprenda esse novo modo de cuidar”. Quando se pensa no cuidado com o bebê, uma das primeiras coisas que vem à mente é a higiene. Para os familiares de bebês prematuros, algo aparentemente simples como o banho pode se tornar algo bastante difícil e amedrontador. No estudo de Pires et al (2013), 36,7% das mães entrevistadas para a pesquisa relatou ter dificuldade em algum cuidado com seus filhos, sendo a mais frequente relacionada ao banho.

Para minimizar o receio dos pais nos momentos dos cuidados relacionados à higiene de seu bebê, principalmente no momento do banho, seria interessante a utilização de estratégias de educação em saúde que possam orientar os pais sobre como segurar o seu bebê corretamente e sobre como preparar o ambiente para estes momentos. Por exemplo, o banho deve ser em local sem correntes de ar, deve-se utilizar sabonete neutro, secar a criança com toalha macia e evitar uso de óleos, talco e perfumes (PEREIRA e GARBES, 2012).

No Quadro 8 está a lista completa de questionamentos e colocações sobre o tema “Higiene”.

Quadro 8. Distribuição das colocações trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Higiene”. CIS – Irati, 2017.

HIGIENE	
TROCA DE FRALDA	HORA DO BANHO
Tenho medo de machucar meu bebê na hora da troca de fralda...	Tenho medo de dar banho no meu bebê... Medo por ele ser molinho, miudinho... Medo de ele escapar das minhas mãos!!!
Qual o melhor momento pra trocar a fralda: antes ou depois da mamada?	Qual o tempo ideal de duração do banho do bebê?
	Qual a temperatura ideal da água do banho do bebê?
	Posso colocar chá na água do banho do bebê?

Fonte: a autora

Sentimentos

Quando nasce um bebê prematuro, nascem também pais prematuros, que não estão preparados para a chegada do bebê nessas condições. As expectativas e planos dos familiares não se concretizam da forma esperada (MARCHETTI e MOREIRA, 2015). Com a interrupção inesperada da gestação, ocorre uma transição marcada pelo luto do bebê imaginário (aquele imaginado nos sonhos e desejos dos pais) e adaptação ao bebê real (BRASIL, 2011c).

O tema relacionado aos sentimentos resultou em cinco colocações, sendo que a mais citada foi o medo de pegar o bebê por ser muito pequenino. Outras questões, apesar de pouco referidas, salientam assuntos importantes, como a culpa e a esperança.

“Sempre a gente tem um medo de machucar a criança, de não saber cuidar direito” (Família Mangureira).

Frota et al (2013) referem que as mães de bebês prematuros associam seus filhos a uma criança frágil, suscetível a intercorrências devido ao seu tamanho, o que também foi elencado como uma preocupação dos familiares desta pesquisa. Foram citadas algumas vezes a percepção do pequeno tamanho do bebê e o medo de não saber cuidar deste bebê e até mesmo de machucá-lo.

Gaíva et al (2006) referiram que os familiares participantes de seu estudo se sentiam inseguros em levar seus filhos para casa, pois acreditavam que lhes faltavam o conhecimento e as habilidades necessárias para cuidar de seu bebê prematuro em domicílio.

No Quadro 9 está disposta a lista completa de colocações sobre o tema “Sentimentos”.

Quadro 9. Distribuição das colocações trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Sentimentos”. CIS – Irati, 2017.

SENTIMENTOS
Será que eu tenho culpa de o bebê ter nascido prematuro?
Tenho medo de pegar o meu bebê...
Esperança de que vai ficar tudo bem...
Devo manter a calma...
Tenho medo de machucar o meu bebê, de não saber cuidar dele/a...

Fonte: a autora

Saúde

Este tema apresentou o maior número de indagações e colocações, resultando em quatro subtemas. O subtema sono trouxe como questão mais citada a posição que se deve colocar o bebê no berço.

“Sempre deixar de lado” (Família Jaboticabeira).

“Tinha que deixar de lado, num travesseiro alto” (Família Pinheiro).

Alguns familiares trouxeram como uma questão importante qual seria o melhor posicionamento para o bebê dormir no berço, questionamento também presente no estudo de Brasil, Queiroz e Magalhães (2015), onde em uma roda de conversa os participantes não chegaram a um consenso em relação a isso, pois os familiares observavam o bebê sendo posicionado em todos os decúbitos na UTIN, porém em domicílio a orientação era que se mantivesse o bebê em decúbito dorsal com cabeceira elevada.

O subtema imunidade trouxe vários questionamentos, sendo que os mais citados foram em relação à resistência baixa do bebê e o risco de pegar infecções e dúvidas com relação às visitas recebidas pelo RN.

“Ela ainda não tinha imunidade, né, como uma criança que nasceu do tempo normal” (Família Amoreira).

“Quem ia visitar ele eu fazia passar álcool na mão... Chegavam da rua, né, eu mandava passar” (Família Cerejeira).

No estudo de Frota et al (2013), as mães referiram se sentir apreensivas com a maior probabilidade de seu bebê prematuro sofrer doenças graves quando comparados a uma criança a termo. Nossos entrevistados também trouxeram essa preocupação com a saúde de seus bebês ao questionar se seus filhos teriam maior predisposição a pegar uma infecção ou a ficar mais doentes quando comparados a um recém-nascido a termo (RNT).

Outra preocupação relatada pelos familiares foi com relação à exposição do bebê prematuro às visitas domiciliares e a higienização das mãos. No estudo de Marski et al (2016) os pais entrevistados também trouxeram esta questão. Como uma ação de prevenção à re-hospitalização, os pais destacaram a restrição do contato da criança com outras pessoas além dos pais, a não exposição à friagem, evitar contato com o chão e adoção pelos pais de rigorosos hábitos de higiene.

Outro subtema levantado nas entrevistas foi com relação à temperatura corporal do bebê, trazendo dúvidas como o medo de aquecer demais o bebê.

“É que não pode proteger demais, sabe... (...) Só cuidar pra não resfriar demais eles, né, mas não, tipo, aquecer demais, cobrir demais não dá” (Família Mamoeiro).

O último subtema relacionado à saúde gerado pelas entrevistas foi com relação à condição clínica do bebê, trazendo metade dos questionamentos sobre este tema. As questões mais relatadas foram com relação ao tamanho do RN e com relação à cólica.

“E eu tinha medo de... de... de lidar com ela... Porque, muito delicadinha, né... Muito pequenininha, né?” (Família Alfeneiros).

“O mais mesmo que nós sempre tivemos dúvida é sobre as... as cólica dele, assim...” (Família Macieira).

Marski et al (2016), em seu estudo focado na experiência do pai na alta hospitalar do bebê prematuro, refere que o tamanho pequeno do bebê e sua fragilidade “levam os pais a terem grande medo em tocar e carregar a criança, bem como em transmitir infecção a ela” (p. 225).

No estudo de Leão, Silva e Lopes (2017), várias mães demonstraram entender que o bebê, já recuperado da UTIN, seria cuidado como qualquer outro bebê, como citado também por uma das famílias entrevistada neste estudo.

No Quadro 10 está a lista completa de colocações sobre o tema “Saúde”.

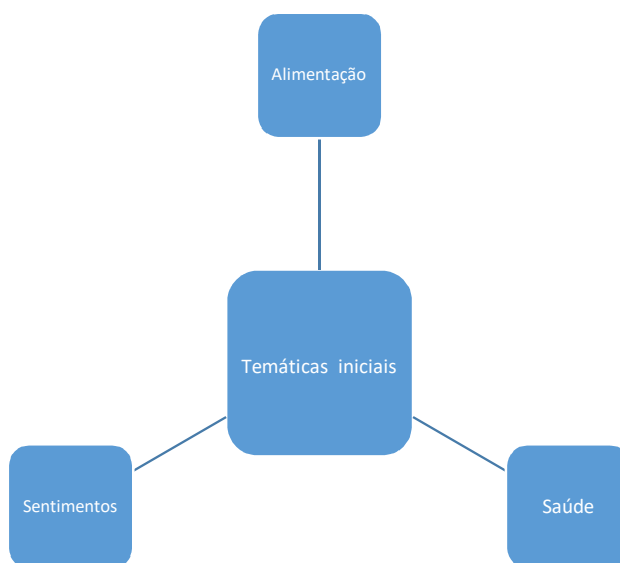
Quadro 10. Distribuição das colocações trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre o tema “Saúde”. CIS – Irati, 2017.

SAÚDE			
SONO	IMUNIDADE	TEMPERATURA CORPORAL	CONDIÇÃO CLÍNICA
Tenho medo de deixar o bebê sozinho no berço...	Tenho medo que meu bebê fique doente...	Eu não sei o tanto de roupa que devo colocar no meu bebê...	Tenho medo de faltar ar para o meu bebê...
Qual a melhor posição para deixar o bebê no berço?	Meu bebê tem resistência baixa? Ele/a pode pegar uma infecção?	Meu bebê não pode passar frio, né? Devo usar bastante cobertas?	Meu bebê chora bastante... E agora?
Meu bebê dorme pouco... O que fazer?	Quando vou poder sair com meu bebê na rua, no vento?	Não posso aquecer demais meu bebê, né?	Meu bebê é tão pequenininho!!!!
Meu bebê troca o dia pela noite... O que fazer?	Posso receber visitas? Que cuidados devo ter?		Meu bebê tem cólica... O que fazer?
Meu bebê só dorme com a luz acesa... O que fazer?	Devo passar álcool nas mãos toda vez que for tocar no bebê?		Qual o tempo ideal para o umbigo do bebê prematuro secar e cair?
	O meu bebê vai pegar mais gripe do que os bebês a termo?		O umbigo do meu bebê tá saltado!!! E agora?
	Devo superproteger meu bebê?		Quais são os riscos da prematuridade?
			Meu bebê faz bastante xixi... Isso é normal?
			Meu bebê tem refluxo... E agora?
			Como deve ser a consistência do cocô do meu bebê?
			Quais as reações de vacinas esperadas? O que fazer quando elas acontecerem?
			O meu bebê chora mais baixinho... Isso é normal?
			O que esperar do desenvolvimento motor e cognitivo do meu bebê?
			Devo criar o meu bebê como um bebê normal, a termo?

Fonte: a autora

Com relação à segunda etapa da pesquisa, a criação do conteúdo de nosso instrumento de educação em saúde e o desenvolvimento do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”, dividimos inicialmente os tópicos da seguinte forma (Figura 7):

Figura 7 – Tópicos dos conteúdos do aplicativo, segundo análise temática inicial.

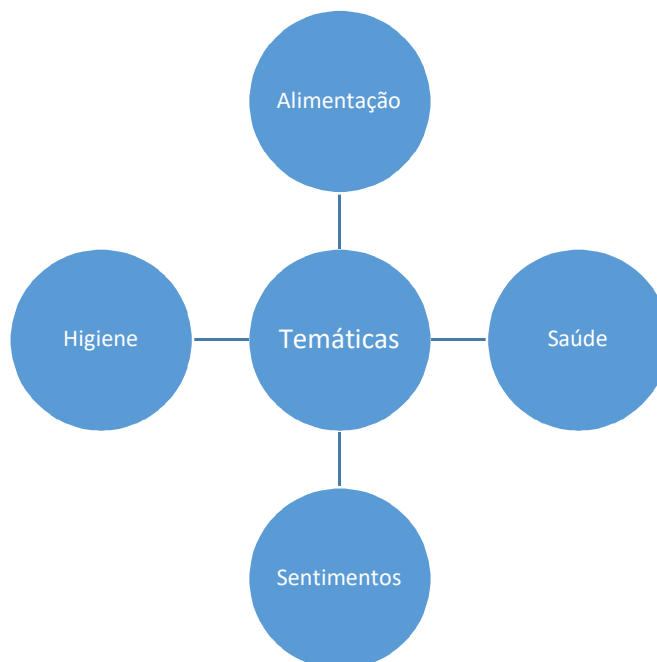


Fonte: a autora

O tema Alimentação foi inicialmente dividido em amamentação, complementação e introdução alimentar; o tema Sentimentos foi subdividido em culpa, medo, vínculo, escuta, família e cultura; e o tema Saúde foi subdividido em prematuridade, sono, imunidade, temperatura corporal, respiração do prematuro, cocô e xixi, tipos de choro e posição no colo.

Na busca pelo aperfeiçoamento do conteúdo, nova divisão dos temas e subtemas foi realizada, incluindo o tema Higiene (Figura 8):

Figura 8 - Tópicos dos conteúdos do aplicativo, após aprimoramento da análise temática.



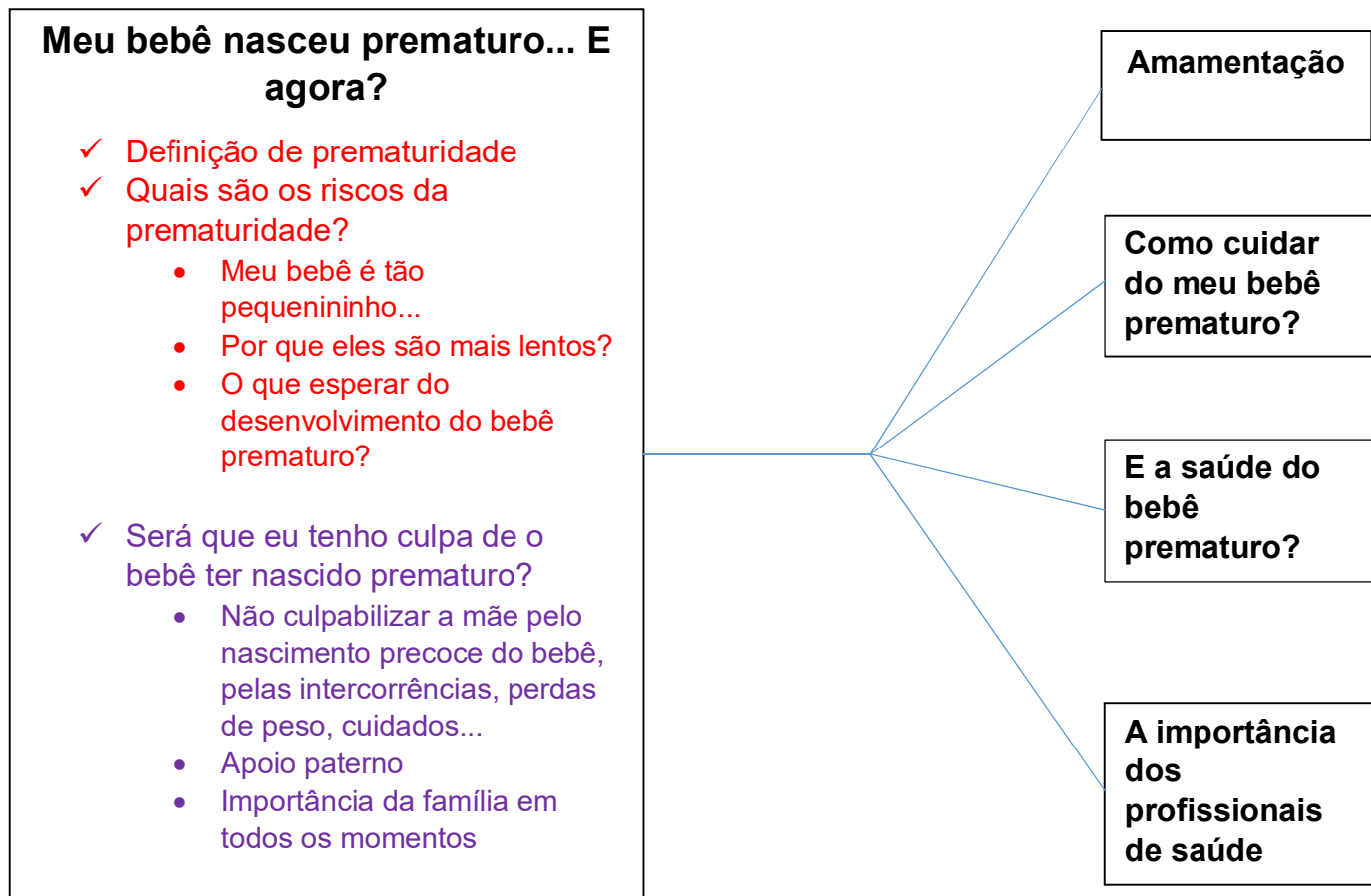
Fonte: a autora

Neste segundo momento o tema da Alimentação manteve seus subtemas; o item Higiene foi subdividido em troca de fralda e hora do banho; o tema Sentimentos teve seus subtemas modificados para culpa, medo, esperança e a manutenção da calma; e o tema Saúde teve seus subtemas condensados em sono, imunidade, temperatura corporal e condição clínica.

Na terceira etapa de avaliação dos tópicos, definimos por direcionar os temas aos familiares de bebês com idade de até seis meses, pois o foco principal é fornecer orientações aos pais e familiares nos primeiros momentos vivenciados em domicílio após a alta hospitalar. Os temas foram condensados de maneira mais didática e interessante para o usuário. Optamos também por incluir um item sobre a importância da equipe multidisciplinar no acompanhamento do bebê prematuro após a alta hospitalar. A partir da definição dos temas foi necessário colocar essas informações em um layout para aplicativo, pensando na apresentação das telas ao usuário, como num “mapa de site”, apresentado a seguir.

TELA INICIAL (EXTENDIDA)

TÓPICOS



Algumas questões trazidas pelos pais eram muito pontuais como, por exemplo, o tempo que demora para secar e cair o umbigo do bebê. Como era necessário realizar uma avaliação rigorosa das perguntas que seriam inseridas no aplicativo para que ele não apresentasse um número demasiado grande de perguntas e respostas, realizamos uma pré seleção dos assuntos a serem abordados, sendo retiradas questões relacionadas a bebês maiores de seis meses, questões de senso comum (como a temperatura da água para o banho do bebê) e questões que ainda geram polêmica (como a questão da intolerância à lactose em bebês). Também foram adicionados ao rol de questões do aplicativo assuntos que não foram mencionados pelos familiares, mas que julgamos importantes para o conhecimento dos pais, como a retinopatia da

prematuridade. Após a definição final dos temas e a escolha das perguntas que de fato fariam parte do conteúdo a ser apresentado, iniciamos um levantamento bibliográfico para responder as dúvidas, colocações e questionamentos levantados pelos familiares. Nossa busca foi bastante ampla, contando com livros, artigos científicos, documentos oficiais do Governo Federal, instrumentos de educação em saúde já desenvolvidos para este mesmo público-alvo, mas também buscamos algumas respostas em fontes leigas, como sites da rede mundial de computadores, de linguagem simples e de fácil compreensão, sempre avaliando o teor e a confiabilidade da resposta. Os artigos científicos foram pesquisados nas bases de dados Medline, Scielo, Lilacs e Google Acadêmico.

As colocações apresentadas nos Quadros 7 a 10, representam todas aquelas trazidas pelos familiares dos bebês prematuros, somando 67 questões/ colocações. Algumas foram apontadas repetidas vezes por diferentes familiares, algumas foram mencionadas apenas uma vez. Após várias análises e pesquisas bibliográficas, e focando no bebê prematuro ainda em aleitamento materno, chegamos ao conjunto de questões e colocações que fariam realmente parte do aplicativo móvel para celular. Selecionamos questões que consideramos válidas, importantes e com menores possibilidades de respostas dúbias ou polêmicas, gerando o total de 45 questões/ colocações.

No aplicativo, após as questões sempre aparecerá a frase "ESTAS INFORMAÇÕES NÃO SUBSTITUEM UMA CONSULTA COM UM PROFISSIONAL DA SAÚDE! CASO TENHA DÚVIDAS PROCURE O SERVIÇO DE SAÚDE MAIS PRÓXIMO!"

Na tela inicial do aplicativo, os usuários já irão se deparar com questões mais amplas sobre a prematuridade, como podemos observar no Quadro 11.

Quadro 11 – Questões iniciais do aplicativo Meu Pequeno Prematuro – Tela inicial.

QUESTÕES DA TELA INICIAL DO APLICATIVO MEU PEQUENO PREMATURO**O que é prematuridade?**

Uma gestação dura em torno de 40 semanas. Então um bebê é prematuro quando nasce antes do tempo, antes que se tenha completado 37 semanas de gestação. Os bebês prematuros se dividem em três categorias em função da idade gestacional:

- prematuros extremos (menos de 28 semanas)
- muito prematuros (28 a 32 semanas)
- prematuros moderados a tardios (32 a 37 semanas).



Fonte: <https://bebe.abril.com.br/gravidez/entenda-a-prematuridade/>

Meu bebê é tão pequenininho...

Logo que o bebê nasce é normal que ocorra uma perda de peso que é maior quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional, podendo chegar a 15% do peso de nascimento. A recuperação deste peso leva de 10 a 21 dias de vida para acontecer.



Fonte: https://www.gettyimages.pt/detail/foto/small-premature-baby-lies-in-an-incubator-a-grown-imagem-royalty-free/rbma_0019

Por que eles são mais lentos?

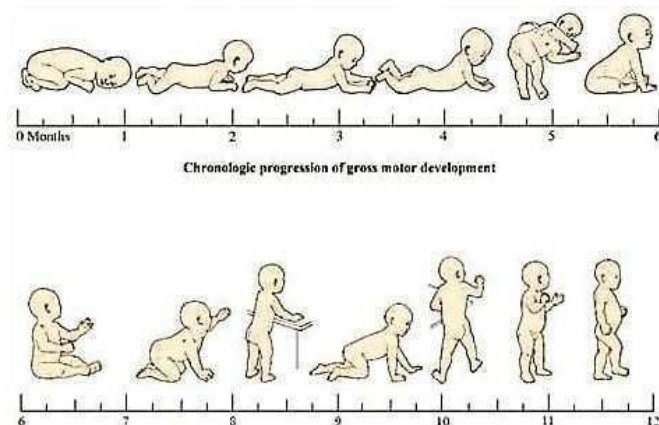
O bebê que nasce prematuro apresenta um desenvolvimento mais lento do controle do seu próprio corpo. Há risco de o bebê prematuro apresentar uma movimentação e um interesse pelo que está ao seu redor menor do que o esperado. Após um crescimento lento, o bebê entra em uma fase de recuperação, caracterizada por uma velocidade de crescimento aumentada com um intenso ganho de peso. Mesmo que em alguns casos a demora na recuperação do crescimento seja considerada normal, é esperado que em

torno dos 18 meses (um ano e meio) o bebê nascido prematuro apresente um padrão de crescimento parecido com o de um bebê nascido a termo.

40 (idade gestacional a termo) – idade gestacional de nascimento do RNPT = idade corrigida

O que esperar do desenvolvimento do bebê prematuro?

A prematuridade pode ou não influenciar o crescimento e o desenvolvimento do bebê. O desenvolvimento motor e sensorial é o principal aspecto a ser avaliado nos primeiros 2 anos de vida, lembrando que as deficiências visual ou auditiva influenciam no desenvolvimento motor. No primeiro ano as avaliações com uma equipe de diferentes profissionais da área da saúde devem ser frequentes e deve ser dada especial atenção à evolução motora, observando se o bebê consegue rolar, se consegue erguer a cabeça quando colocado deitado de barriga para baixo ou sentado. Outro aspecto que precisa ser avaliado nos primeiros anos é o desenvolvimento da linguagem, pois quanto menor o peso de nascimento e a idade gestacional, maior a chance de atraso para reconhecer objetos / figuras e falar. Quando a criança apresenta problema na linguagem é preciso investigar se existe a possibilidade de a criança apresentar deficiência auditiva. O estímulo para o desenvolvimento pode ser proporcionado, dando ao seu bebê prematuro um ambiente interessante (colorido, alegre), conversando com ele, cantarolando, fazendo carinho, massagem, lendo histórias para ele e variando a posição dele, estimulando, assim, a liberdade de movimentos.



Fonte: <http://closetdare.jornaldaparaiba.com.br/diario-de-uma-mae-falando-sobre-fisioterapia-em-bebes-prematuros/>

Será que eu tenho culpa de o bebê ter nascido prematuro?

A prematuridade pode acontecer devido a vários fatores de risco e muitas vezes é difícil identificar. Então mantenha a calma! As mães de bebês prematuros passam por uma vivência intensa, na qual se misturam desejo,

culpa, medo e ansiedade e, por isso, apresentam uma necessidade especial de acolhimento para os seus sentimentos. As mães que são cuidadas e acolhidas, conseqüentemente, aumentam sua capacidade de reconhecer e atender as necessidades do seu bebê.



Fonte: <https://pumpkin.pt/gravidez/gravidez-saudavel/gravidas-problemas-de-saude/prevenir-a-prematuridade/>

Apoio paterno

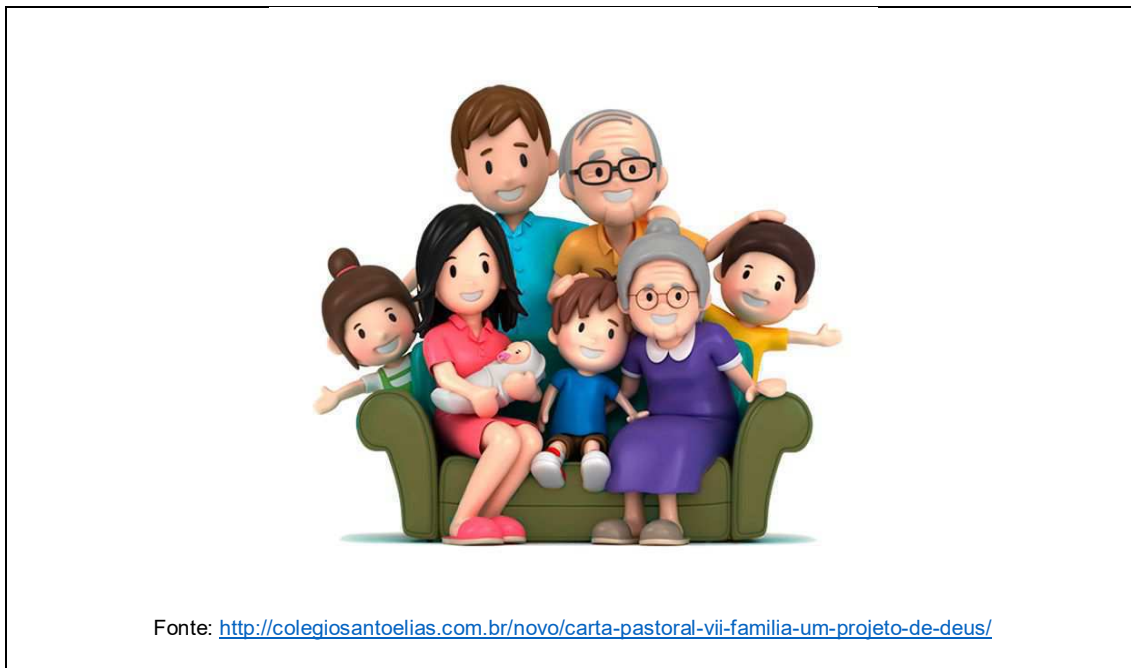
É muito importante a presença do pai neste momento de reintegração da família. Este é o momento de exercer de fato a paternidade, apoiar sua companheira nos cuidados com o bebê e com seu lar.



Fonte: <http://fernandachaves.adv.br/metodo-canguru-contribui-para-desenvolvimento-de-bebes-prematuros/>

Importância da família em todos os momentos

O nascimento prematuro acaba trazendo muitas mudanças na vida de vocês, mães e pais de bebês que nascem antes do tempo. É um momento que exige intensas adaptações às novidades que surgem quanto às necessidades deste bebê. Para dar conta destas mudanças é muito importante a ajuda de toda a família, de amigos e vizinhos.



Fonte: a autora

Após as questões acima já estarem respondidas e inseridas no aplicativo, ao se fazer uma leitura pensando no usuário, observamos que talvez a questão sobre o tamanho reduzido do bebê prematuro e seu ganho de peso diferenciado já não seja pertinente após a alta hospitalar, visto que o bebê só recebe alta após atingir 2.000g, aproximadamente. Essa é uma questão a ser trabalhada com os pais ainda no ambiente hospitalar. Outra questão a ser analisada é a necessidade ou não de ensinar aos pais e familiares o cálculo da idade corrigida. Para alguns pais isso pode parecer confuso e, como a criança deve ser acompanhada ambulatorialmente após a alta, os profissionais envolvidos nos cuidados com o bebê estarão passando orientações referentes à idade corrigida do bebê.

Ao rolar as telas do aplicativo, o usuário encontrará o ícone “Amamentação”. Esse ícone levará a perguntas e respostas com relação à alimentação do bebê, como podemos ler no Quadro 12.

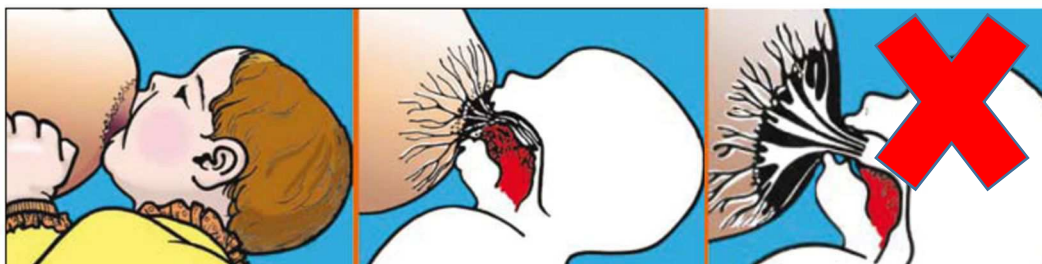
Quadro 12 – Perguntas e respostas sobre Amamentação – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”.

QUESTÕES SOBRE AMAMENTAÇÃO – APLICATIVO MEU PEQUENO PREMATURO

Como meu bebê deve pegar meu peito corretamente? Tem uma posição ao colo que devo seguir? E se meu bebê só chupar meu peito, o que devo fazer?

Para que seu filho faça a pega correta do seu seio, preste atenção nas imagens a seguir:

Figura 3 – Pegada adequada ou boa pega



Fonte: BRASIL (2009b).

Veja se a pega está correta:

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

Se o bebê estiver apenas “chupetando” para mamar fique atenta! A pega está inadequada!

Para amamentar escolha a posição que mais lhe garanta conforto e prazer para você e seu bebê!

Figura 4 – Posição da Mãe – a mãe escolhe uma posição



Fonte: BRASIL (2009b).

Fique atenta a esses sinais:

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê próximo ao da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

Prestem atenção! Os seguintes sinais são indicativos de uma amamentação **inadequada**:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação.

E se o peito estiver cheio de leite?

Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa e endurecida, e isso vai dificultar a pega. Nesses casos, recomenda-se que, antes da mamada, se retire manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

Como acontece a produção de leite materno? Como aumentar meu leite? Preciso tomar medicamentos? Como faço para estimular? A noite é importante fazer a estimulação ao seio?

O leite materno é produzido pela ação de hormônios (Prolactina e Ocitocina) e pelos reflexos que o bebê produz na retirada do leite ao seio. Durante a gestação os hormônios preparam o organismo para a produção de leite. Logo após o parto, os hormônios fazem com que a mama comece a produzir o leite para o bebê. Quando a criança começa a sugar, o leite é produzido e sua “descida” acontece na quantidade e no momento certo.

MÃE! A SUCÇÃO ESTIMULA A PRODUÇÃO DE LEITE!

Na amamentação, o volume de leite produzido varia, dependendo do quanto a criança mama e da frequência com que mama. Quanto mais volume de leite e mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite.

A AÇÃO DA PROLACTINA E DA OCITOCINA ACONTECEM DA FORMA QUE AS IMAGENS ABAIXO MOSTRAM:

PROLACTINA: O HORMÔNIO SECRETOR DE LEITE

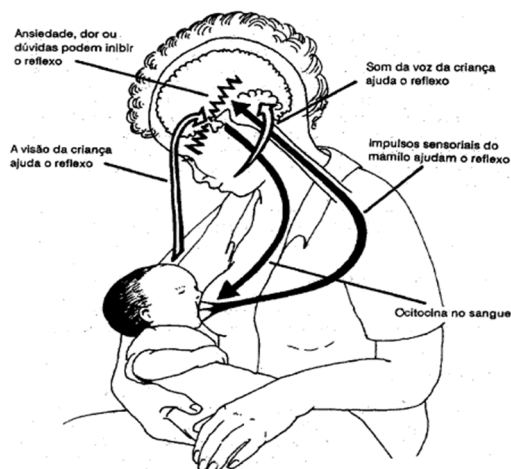


A glândula pituitária produz mais prolactina durante a noite do que durante o dia. Portanto, o aleitamento materno à noite ajuda a manter uma boa produção de leite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. p. 19).

Fonte: Ministério da Saúde, 2001*

Adaptação Zioneth Garcia

OCITOCINA: O HORMÔNIO DA “DESCIDA” DO LEITE



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001*

O uso de medicamentos para a produção de leite deve ser feito APENAS sob a prescrição do seu médico pediatra e/ou obstetra.

Meu bebê não está ganhando peso. Será que a amamentação tem a ver com isso?

O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o crescimento e o desenvolvimento ótimo da criança pequena, além de ser mais bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies. O leite materno é capaz de suprir sozinho as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas.

O bebê com pega inadequada não ganha o peso esperado apesar de permanecer longo tempo no peito. Isso ocorre porque, nessa situação, ele é capaz de obter o leite anterior (do começo da mamada), mas tem dificuldade de retirar o leite posterior (do final da mamada), mais calórico.



Fonte: <http://www.birthwithlove.com.br/blogue/2016/02/26Partonaagua-2>

O leite materno é suficiente para sustentar o recém-nascido prematuro? Do que ele é composto? Quais as intercorrências que ocorrem durante e após a mamada ao seio?

A grande maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho.

O leite materno é capaz de suprir, sozinho, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida. Sua superioridade sobre os leites de outra espécie e outros alimentos infantis é cientificamente comprovada, por isso, o aleitamento materno é recomendado exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais.

Preste atenção! O bebê dá sinais quando há insuficiência de leite! Tais como: não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas. O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a oito) e evacuações infrequentes com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido. Porém, o melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação, por meio do acompanhamento de seu crescimento, de que ela não está ganhando peso adequadamente.

Na tabela abaixo está disposta a composição do seu leite! Veja o quão superior ele é em comparação ao leite de vaca e do bebê a termo.

Tabela I – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca

Nutriente	Colostro (3–5 dias)		Leite Maduro (26–29 dias)		Leite de vaca
	A termo	<u>Pré-termo</u>	A termo	<u>Pré-termo</u>	
Calorias (kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lípidios (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: BRASIL (2009b)

O recém-nascido prematuro, dependendo de sua maturidade e peso ao nascer, do tipo e intensidade dos fatores que atuaram durante sua vida intra-uterina, poderá apresentar um maior risco de intercorrências durante o período neonatal.

É normal meu bebê mamar mais vezes ao dia ou a noite e em menor quantidade?

Recomenda-se que a criança seja amamentada sem restrições de horários e de tempo de permanência na mama. É o que se chama de amamentação em livre demanda. Nos primeiros meses, é normal que a criança mame com frequência e sem horários regulares.



Fonte: <http://www.mildiasdobebe.com.br/palavra-de-mae/como-amamentar-o-prematuro>

Preciso acordar meu bebê para mamar? Qual é o tempo e a frequência da mamada?

A duração da mamada depende de cada bebê. Alguns mamam cerca de 20 minutos em cada peito, outros 10 minutos. Quando o bebê está saciado, ele mesmo solta o peito.

A frequência vai depender de quantas vezes ele solicita o peito, tanto de dia como de noite (livre demanda), variando de 8 a 12 vezes ao dia.

Quando o bebê dorme muito (por períodos maiores de quatro horas), é necessário que o acorde para mamar. À medida que crescem, os bebês vão se acomodando a um ritmo próprio de frequência e duração da mamada.



Fonte: <https://fortissima.com.br/2015/12/27/como-tirar-a-mamada-da-madrugada-dicas-ajudam-as-mamaes-14820882/>

Quando vou amamentar preciso alternar as mamas? E se ele não aceitar meu peito?

O tempo de permanência na mama em cada mamada não deve ser fixado, haja vista que o tempo necessário para esvaziar uma mama varia para cada dupla mãe/bebê e, numa mesma dupla, pode variar dependendo da fome da criança, do intervalo transcorrido desde a última mamada e do volume de leite armazenado na mama, entre outros. O mais importante é que a mãe dê tempo suficiente à criança para ela esvaziar adequadamente a mama. Dessa maneira, a criança recebe o leite do final da mamada, que é mais calórico, promovendo a sua saciedade e, conseqüentemente, maior espaçamento entre as mamadas. O esvaziamento das mamas é importante também para o ganho adequado de peso do bebê e para a manutenção da produção de leite suficiente para atender às demandas do bebê.



Fonte: <https://brasil.babycenter.com/a1600045/quando-o-beb%C3%AA-se-recusa-a-mamar>

Meu leite está com aparência de água. Ele está fraco? Como sei quando a mamada é completa?

Muitas mulheres se preocupam com o aspecto de seu leite. Acham que, por ser transparente em algumas ocasiões, o leite é fraco e não sustenta a criança. Por isso, é importante que as mulheres saibam que a cor do leite varia ao longo de uma mamada e também com a dieta da mãe.

O leite do início da mamada, o chamado leite anterior, pelo seu alto teor de água, tem aspecto semelhante ao da água de coco. Porém, ele é muito rico em anticorpos. Já o leite do meio da mamada tende a ter uma coloração branca opaca devido ao aumento da concentração de caseína (proteína do leite que protege e garante a nutrição do bebê). E o leite do final da mamada, o chamado leite posterior, é mais amarelado e “cremoso” devido à presença de betacaroteno, pigmento lipossolúvel presente na cenoura, abóbora e vegetais de cor laranja, provenientes da alimentação da mãe, que compõem a nutrição da criança.

Existem alguns sinais indicadores, que o bebê está satisfeito e sendo alimentado adequadamente. São eles:

- 1) Durante a amamentação, a cada uma ou duas sugadas, a criança engole o leite (ruído da deglutição pode ser ouvido);
- 2) Chega a adormecer ou largar o peito espontaneamente após a mamada;
- 3) O xixi é amarelo bem claro e eliminado várias vezes ao dia (mais de seis vezes ao dia);
- 4) Ganha peso dentro do esperado.



Fonte: <http://www.amamentebem.com.br/>

Posso ordenhar meu leite e congelar?

Sim! Siga as instruções abaixo e faça o armazenamento correto do seu leite.

- O leite retirado pode ser conservado em geladeira, no congelador, ou no freezer;
- Guardar o leite em vidros com tampas, fervedos (de maionese, café solúvel, etc.);
- 24 horas na geladeira (não na porta, mas no fundo da bandeja);
- Quando o leite estiver armazenado, poderá separar-se em duas partes: uma líquida e outra mais grossa. Ao agitá-las suavemente, ambas partes tornam a se misturar;
- Ordenhe um pouco de leite e congele-o. Na próxima ordenha pode-se colocar o leite em cima daquele já congelado. Esse procedimento deve ser repetido até faltar aproximadamente dois dedos para encher o frasco;
- O melhor jeito de descongelar o leite é colocando o recipiente dentro de um pote maior com água morna. Um bom guia é usar a mesma temperatura de água que você usaria para o banho do bebê.

Para as mães que desejam conciliar a amamentação e o trabalho, segue abaixo o endereço eletrônico referente a “Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta”, disponibilizada pelo Ministério da Saúde (2010).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf



Fonte: <http://www.maesdepeito.com.br/como-fazer-a-ordenha-e-armazenar-o-leite-materno/>

Amamentar ao seio causa perda de peso no bebê? Por que o bebê prematuro tem dificuldade de ganhar peso nas primeiras semanas?

A perda de peso fisiológica (natural) para um recém-nascido de termo é de 10% nos primeiros 7 a 10 dias de vida, recuperando-o em torno do 15º dia. O ganho ponderal esperado para uma criança em aleitamento materno exclusivo é de 18 a 30g/dia e, ao final do primeiro mês, deve ser superior a 500g.

Recém-nascidos prematuros apresentam necessidades diferentes e cada mamãe produz o leite certo para seu bebê, de acordo com a sua idade e seu peso.



Fonte: <https://www.unomasenlafamilia.com/bebe-prematuro-aumento-peso.html>

Mamadeira, chupeta e bico de silicone. Quais as consequências para meu bebê prematuro se eu oferecer?

O Ministério da Saúde **NÃO** recomenda o uso de mamadeiras e chupetas, que devem ser evitadas. A mamadeira, além de ser uma importante fonte de contaminação, pode influenciar negativamente a amamentação. Observa-se que algumas crianças, depois de experimentarem a mamadeira, passam a apresentar dificuldade quando vão mamar no peito.

Alguns autores denominam essa dificuldade de "confusão de bicos", gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira. Nesses casos, é comum o bebê começar a mamar no peito, porém, após alguns segundos, largar a mama e chorar.

Atualmente, a chupeta tem sido desaconselhada pela possibilidade de interferir negativamente na duração do aleitamento materno. Crianças que chupam chupetas, em geral, são amamentadas com menos frequência, o que pode comprometer a produção de leite.

As chupetas como os bicos podem ser nocivos por transmitirem infecções, por reduzirem o tempo gasto sugando no peito e interferir na amamentação, levando ao desmame.

“O Ministério da Saúde adverte: a criança que mama no peito não necessita de mamadeira, bico ou chupeta. O uso de mamadeira, bico ou chupeta prejudica a amamentação e seu uso prolongado prejudica a dentição e a fala da criança”.



Fonte: <http://acolhimentomaterno.blogspot.com/2015/06/por-que-fugir-dos-bicos-artificiais.html>

Posso tomar medicamentos enquanto estiver amamentando? Quais são eles?

As mães que amamentam devem evitar o uso de quaisquer medicamentos.

A excreção de drogas para o leite humano e a sua absorção pelo lactente são influenciadas por fatores da nutriz, do lactente e/ou da droga (figura 1).

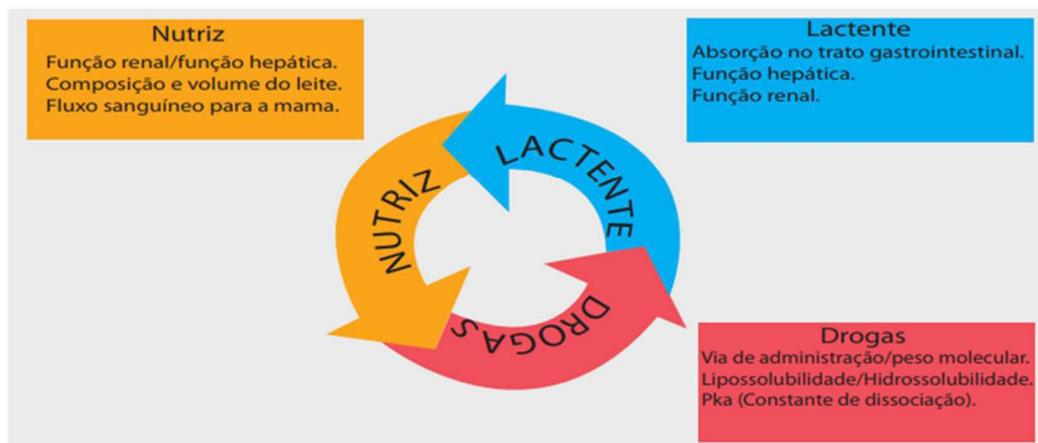


Figura 1: Fatores que influenciam na excreção de fármacos para o leite materno
 FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014, 2ª Edição)

É PROIBIDA A INGESTÃO DE QUALQUER MEDICAMENTO SEM A PRESCRIÇÃO MÉDICA!

O endereço eletrônico abaixo se refere à última edição do manual "Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias", do Ministério da Saúde (2010).

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2edicao.pdf

Fonte: a autora

Após a última questão sobre amamentação, são disponibilizados aos familiares links para leitura complementar para aprofundamento dos assuntos abordados no aplicativo.

Após as questões acima já estarem respondidas e inseridas no aplicativo, novamente durante a leitura focada no usuário, observamos que algumas perguntas são muito extensas, reunindo muitos questionamentos em um mesmo item. Também observamos que a primeira questão sobre amamentação acaba sendo muito direcionada ao RNT, visto que o RNPT se adapta de forma diferenciada à pega no seio materno. Observamos também que algumas figuras adicionadas ao aplicativo são desnecessárias, por conterem informações técnicas que podem afetar negativamente no entendimento dos pais. Questionamos também a necessidade ou não do ensino da ordenha e conservação do leite materno, visto que essas informações devem ser fornecidas à mãe ainda no ambiente hospitalar. Outra questão que talvez não seja pertinente é aquela que se refere ao ganho de peso nas primeiras semanas, porque neste período o bebê geralmente ainda está hospitalizado.

Continuando a explorar o aplicativo, o usuário ainda encontrará o ícone “Como cuidar do meu bebê prematuro?”. Esse ícone levará a perguntas e respostas com relação aos mais variados cuidados que os familiares devem ter com o bebê prematuro, como mostra o Quadro 13.

Quadro 13 - Perguntas e respostas sobre Cuidados com o bebê prematuro – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”.

QUESTÕES SOBRE CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO – APLICATIVO MEU PEQUENO PREMATURO

Como pegar o bebê prematuro sem machucar?

O bebê recém-nascido não consegue firmar o pescoço, então é preciso sempre apoiar o pescoço e a cabecinha do seu bebê quando for segurá-lo. Ao carregar o recém-nascido a cabeça deve ser apoiada sobre a parte superior do braço e o corpo sobre o antebraço e a mão. Quando você for pegar a criança, levá-la, carregá-la ou recolocá-la no berço, faça sempre com movimentos delicados e firmes.



Fonte e link para o vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=HHZNsttu-f0>

O bebê pode dormir sozinho no berço? Ele/a corre o risco de parar de respirar durante o sono?

A criança deve dormir em seu próprio berço, próxima de vocês, pais, para que vocês possam rapidamente observar alguma necessidade do seu bebê. A prematuridade e o baixo peso ao nascer são fatores de risco para a ocorrência da Síndrome da Morte Súbita do Lactente, que consiste na morte inesperada e sem explicação durante o sono, cuja frequência é maior nos primeiros meses de vida.



Fonte: <http://www.mamaetagarela.com/sindrome-da-morte-subita-do-lactente-smsl-ou-morte-no-berco/>

Meu bebê troca o dia pela noite... O que fazer?

Se o seu bebê estiver trocando o dia pela noite, você pode deixar o local com menos luzes e sons possíveis durante as alimentações noturnas, usando, por exemplo, somente o abajur quando acordar para alimentá-lo ou quando precisar trocar a fralda. Envolve o seu bebê em uma manta e fale pouco e em voz baixa quando o bebê estiver acordado. Converse com sua família e peça o apoio deles durante o período da noite para reduzir o barulho e a movimentação dentro de casa, isso também ajuda! Mas é importante lembrar que durante o dia os estímulos visuais e auditivos devem ser mantidos!



Fonte: <http://revistacrescer.globo.com/Revista/Crescer/0,,EMI3617-15046,00-DICAS+SOBRE+O+SONO+DOS+PREMATUROS.html>

Qual a melhor posição para deixar o bebê no berço? Posso dormir com o meu bebê?

Não se deve colocar a criança na cama com vocês, pais, pois os adultos podem machucar o bebê. A criança deve dormir em seu próprio berço, próxima de vocês, pais, de barriga para cima, com a cabeça descoberta e os pés próximos da borda inferior do berço, para evitar que deslize e seja sufocada pelo cobertor. O colchão deve ser firme e não se deve usar travesseiros e cobertores volumosos. A solução de dormir todo mundo na mesma cama, porém, funciona para muitas famílias. Por isso,

se você decidir tentar, saiba quais cuidados terá de tomar: 1. nunca deixe o bebê sozinho na cama. Como você não vai ficar na cama o tempo todo, mantenha um berço ou algum lugar seguro para deixar o bebê dormindo enquanto você não se deita à noite ou para sonecas diurnas; 2. sempre coloque o bebê para dormir de barriga para cima; 3. não use pijamas e camisolas com cordões ou fitas, nem use jóias ou bijuterias na cama; 4. não deixe crianças mais velhas dormirem na mesma cama com um bebê de menos de 1 ano. A criança mais velha pode machucar o bebê durante o sono; 5. não deixe que animais domésticos frequentem a cama; 6. use um colchão firme e plano; 7. se sua cama for muito alta, pense duas vezes antes de tentar a opção. Uma alternativa temporária, se não tiver outro jeito, é colocar o colchão no chão; 8. verifique ao redor da cama para ver se não há vãos em que a criança possa ficar presa (como entre o colchão e a cabeceira, ou entre a cama e a parede). Se houver vãos, preencha-os com toalhas enroladas; 9. não deixe o bebê ficar com o rosto enfiado em travesseiros, edredons e cobertores. Prenda bem o lençol de baixo para que ele fique firme; 10. não exagere nos agasalhos da criança. Lembre-se de que a cama vai estar mais quente do que se o bebê estivesse dormindo sozinho.



Fonte: <http://www.mamaetagarela.com/sindrome-da-morte-subita-do-lactente-smsl-ou-morte-no-berco/>

Meu bebê dorme pouco... O que fazer? Os bebês prematuros devem dormir mais?

O bebê prematuro tende a passar longos períodos dormindo nos primeiros meses, pois ele responde menos a estímulos. Aproveite o momento em que ele está acordado para o estimular, falando, acariciando e tocando-o. Ao colocar o bebê para dormir mantenha um ambiente silencioso, com baixa iluminação e aconchegante para promover um sono tranquilo.



Fonte: <https://veja.abril.com.br/saude/saiba-o-momento-ideal-para-bebes-dormirem-sozinhos/>

Tenho medo que meu bebê fique doente... Meu bebê tem resistência baixa? Ele/a pode ficar mais doente que os outros bebês?

Existe uma possibilidade de que bebês prematuros tenham mais chance de apresentar asma e rinite alérgica. Os prematuros em geral, e particularmente aqueles com doença pulmonar crônica, podem apresentar infecção respiratória grave se infectados por um vírus chamado sincicial respiratório (VSR). Alguns bebês prematuros, que necessitaram usar ventilação mecânica enquanto estavam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, e apresentaram displasia broncopulmonar (DBP), podem apresentar necessidade de uso de medicação à base de inaladores para asma e significativa obstrução ao fluxo de ar durante toda a infância.



Fonte: <https://www.prematuro.com.br/content/abbvie-prematuro/global/latin-america/pt/vsr/o-que-e.html>

Quando vou poder sair com meu bebê na rua?

Logo após a alta hospitalar, o bebê prematuro está se familiarizando com os germes da casa, da família e dos amigos. Melhor seria, neste período, evitar locais fechados onde se encontram amontoados de pessoas, como igrejas, escolas, supermercados, shopping, entre outros. Se você não puder evitar estes lugares, procure ficar com o bebê próximo de portas e janelas abertas. Um bom local para passear com o seu bebê é a praça, que é aberta, arejada e o bebê pode ainda tomar banho de sol.



Fonte: <https://www.macetesdemaee.com/primeiro-passeio-do-recem-nascido/>

Posso receber visitas? Que cuidados devo ter?

Você pode receber visitas, sim! Porém, evite contato com pessoas resfriadas ou com gripe; limite o tempo e o número de pessoas que o visitam ao mesmo tempo, justificando que o bebê agora já está em casa e tem tempo suficiente para que todos os familiares e amigos possam conhecê-lo; deixe a casa bem arejada, com portas e janelas abertas; peça que as visitas lavem as mãos antes de pegar o bebê; não permita que se fume em sua casa.



Fonte: <https://maedegemeas.com/2017/04/03/visitas-ao-recem-nascido-pode-ou-nao-pode/>

Como esses bebês ganham imunidade? Como mantê-los imunes em casa?

O melhor jeito de manter a imunidade do seu bebê é oferecer o leite materno. Também é necessário evitar ambientes fechados e aglomerados de pessoas, manter a casa arejada, evitar contato com pessoas doentes (principalmente com resfriado ou gripe), lavar as mãos antes de tocar na criança e antes de alimentá-la, manter a higiene corporal adequada, lavar regularmente utensílios e roupas da criança e manter o esquema de vacinação em dia.



Fonte: adaptado de <https://www.carrefour.com.br/dicas/saude-e-bem-estar/saude-e-beleza/beneficios-do-alcool-em-gel-para-a-sua-higiene-e-saude>,
<http://www.pediatradofuturo.com.br/leite-materno-como-turbinar/> e
<https://www.minhavidacom.br/familia/galerias/14034-bebes-prematuros-pedem-cuidados-especiais>

Como manter a temperatura corporal ideal para o bebê?

O bebê prematuro deve ser mantido sempre bem aquecido. A princípio, ele tem dificuldade de manter a temperatura. Mas a melhor maneira de saber se o seu bebê está com frio é tocando a pele dele e observando se está fria, quente, com manchas e extremidades roxas (dedos dos pés e mãos, lábios). Se estiver com a temperatura baixa (menor que 36°C), você deve aquecer o seu bebê, fazendo mãe-canguru (contato pele a pele entre o bebê e seu familiar), ou ainda, colocando nele um gorro, casaquinho, sapatinho e, se necessário, cobrindo-o com manta.



Fonte: <https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/6-beneficios-do-contato-pele-a-pele-para-a-mae-e-o-bebe/>

Meu bebê não pode passar frio, mas também não posso aquecê-lo demais, né? Eu não sei o tanto de roupa que devo colocar no meu bebê...

A roupa necessita ser adequada ao clima local, evitando excessos de roupa e aquecer demais o seu bebê.



Fonte: <https://blog.emporiodobebeecia.com/2016/06/30/como-manter-o-bebe-aquecido-durante-noite-no-inverno/>

Como vou saber por que meu bebê está chorando?

O choro é uma forma de comunicação. Os bebês têm vários choros para coisas diferentes. As causas mais comuns de choro podem ser: fome, especialmente se não mamou há mais de 2 horas; inquietude, por não estar bem acomodado, por roupas molhadas ou apertadas; frio ou calor; incomodado pela posição no berço; sono; nariz entupido que dificulte a respiração; muita estimulação (alguns prematuros são muito irritados); dor, em especial por cólica; dor por algum problema de saúde; refluxo gastroesofágico; dor de ouvido. Procure manter a calma! Lembre-se: o choro é a forma do seu bebê se comunicar!



Fonte: <https://bebe.abril.com.br/familia/dicas-bebe-parar-chorar/>

Quais cuidados devo ter durante o banho do meu bebê?

O banho deve ser em local sem correntes de ar. Use sabonete neutro, seque o seu bebê com toalha macia. Evite uso de óleos, talco e perfumes.



Fonte e link do vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=jHyd2eCe2Y8>

Após as questões acima já estarem respondidas e inseridas no aplicativo, novamente fazendo uma leitura voltada ao usuário, avaliamos a questão sobre o posicionamento do bebê no berço e o leito compartilhado como situações ainda controversas e deve-se analisar a manutenção dessas questões no aplicativo.

Entendemos também que certas questões, como o manuseio do bebê prematuro e como dar o banho no bebê com segurança, seriam beneficiadas se pudéssemos acrescentar vídeos autoexplicativos. Porém nossa população alvo muitas vezes não tem acesso ao uso da internet sem fio (wi-fi), dependendo do uso dos dados de seu plano com a operadora de telefonia celular, gerando um alto custo para acesso a vídeos ou até impossibilidade de acesso aos mesmos devido ao fraco sinal da rede.

O aplicativo terá ainda mais um ícone a ser explorado pelos usuários, “E a saúde do meu bebê prematuro?”. Esse ícone levará a perguntas e respostas relacionadas a questões sobre a saúde do bebê prematuro, como podemos observar no Quadro 14.

Quadro 14 - Perguntas e respostas sobre a Saúde do bebê prematuro – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”.

QUESTÕES SOBRE A SAÚDE DO BEBÊ PREMATURO – APLICATIVO MEU PEQUENO PREMATURO

E se meu bebê ficar com aparência roxinha?

A aparência arroxeadada da pele se chama cianose e é um sinal de que algo está errado com o seu bebê... Neste momento você deve procurar a Unidade de Saúde mais próxima ou ligar 192 (SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgências).



Fonte: <https://medifoco.com.br/cianose-pele-dedos-boca-arroxeadada/>

Tenho medo de faltar ar para o meu bebê...

Muitos pais costumam verificar várias vezes por noite se seu bebê está respirando. No caso do bebê prematuro, é importante, sim, monitorar sua respiração por um período. A respiração dos recém-nascidos varia de rápida e profunda a mais lenta e superficial. Esses ciclos podem ter intervalos de alguns segundos e depois retomam seu ritmo. Você deve procurar atendimento médico se o bebê: estiver ofegante, respirando mais de 60 vezes por minuto; gemer sempre no fim de cada respiração; estiver com o nariz aberto (narinas dilatadas, muito abertas), o que pode indicar esforço para respirar; apresentar chiado alto e agudo ou tosse de cachorro; os músculos do peito dele e o pescoço visivelmente sobem e descem intensamente, demonstrando esforço; parar de respirar por mais de 10 segundos; apresentar uma mancha arroxeadada ou azulada em torno da testa, do nariz e dos lábios, o que significa que o sangue não está recebendo oxigênio suficiente dos pulmões.



Fonte: adaptado de <https://medifoco.com.br/cianose-pele-dedos-boca-arroxeadada/> e <https://www.e-sanar.com.br/aluno/mural-post/656, caso-clinico-asma.html>

Posso fumar?

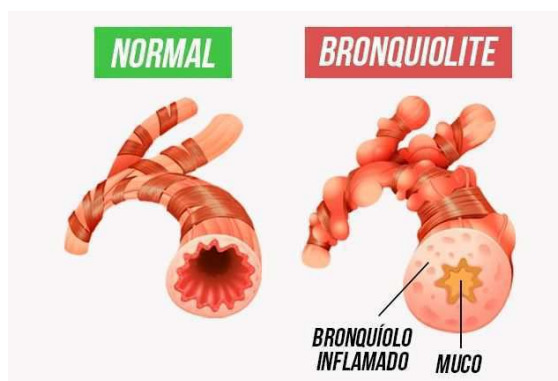
A exposição ao fumo deve ser proibida. O fumo passivo é uma das causas possíveis da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL). O risco de **SMSL** aumenta se você, mamãe, fumou durante a gravidez e se continua fumando após o parto. Quando o pai também fuma, o risco é ainda maior.



Fonte: <https://www.seton.com.br/pictograma-siacutembolo-proibido-fumar-c3203-11279.html>

O que é bronquiolite e displasia broncopulmonar?

Bronquiolite é a doença de vias aéreas mais comum entre bebês, sendo uma das principais causas de hospitalização na infância. Os bebês prematuros fazem parte do grupo de risco aumentado para desenvolver esta doença. A displasia broncopulmonar (DBP) é uma doença pulmonar crônica que acontece devido à imaturidade pulmonar do bebê, levando à necessidade do uso da ventilação mecânica na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.



Fonte: <https://www.tuasaude.com/bronquiolite/>

Como deve ser a cor e o cheiro do xixi do meu bebê?

O xixi do bebê deve ser clarinho e sem cheiro forte. Quanto mais o seu bebê estiver hidratado, mais claro será o xixi.



Fonte: <https://www.draanaescobar.com.br/dicas-da-dra-ana/duvidas/xixi-do-bebe/>

Como deve ser a consistência do cocô do meu bebê?

As primeiras fezes do bebê são bem estranhas, pretas ou esverdeadas. O mecônio não cheira mal, portanto você pode não perceber que a fralda está suja.



Fonte:

<https://brasil.babycenter.com/l4600029/o-cocô-do-bebê-fotos>

A partir do segundo, terceiro ou quarto dia após o nascimento o cocô vai clareando (e ficando mais verde). Isso quer dizer que o seu bebê começou a digerir o leite materno ou o artificial e que o intestino está funcionando como deveria. Quando o bebê só toma leite materno, o cocô é amarelo ou esverdeado, e pode ser bem líquido. Tem um cheiro específico que você vai aprender a reconhecer, mas que não é o cheiro de cocô a que você está acostumada.



Fonte:

<https://brasil.babycenter.com/l4600029/o-cocô-do-bebê-fotos>

O cocô de bebês que tomam mamadeira de fórmulas lácteas é mais pastoso e tende para o marrom. O cheiro é mais forte do que o cocô de bebês que mamam só no peito.



Fonte:

<https://brasil.babycenter.com/l4600029/o-cocô-do-bebê-fotos>

O cocô muda assim que você começa a dar outro tipo de comida para o bebê. Você vai sentir a diferença rápido especialmente se antes seu filho só mamava no peito. As fezes ficam mais marrons e pastosas e o cheiro também muda.



Fonte:

<https://brasil.babycenter.com/l4600029/o-cocô-do-bebê-fotos>

Quantos dias é normal o meu bebê ficar sem fazer cocô?

Entre o primeiro e o segundo mês ocorre o desenvolvimento do sistema digestivo do bebê e a criança começa a criar o seu hábito intestinal, que é diferente para cada pessoa. Nessa fase de transição, a frequência de evacuação pode se tornar irregular. Seu bebê pode fazer cocô um dia e ficar até uma semana sem evacuar. Esse processo dura, em média, 20 dias e faz parte do desenvolvimento da criança. Após esse período, é esperado que a criança passe a fazer cocô com mais frequência.



Fonte: <https://soumamae.com.br/massagens-combater-prisao-ventre-do-bebe/>

Como posso perceber que tem alguma coisa errada com o meu bebê?

Os principais sinais e sintomas diante dos quais vocês, pais, deverão procurar atendimento médico de urgência são: menor movimentação, choro fraco ou gemência, choro excessivo ou muita irritabilidade, mudança de coloração da pele (arroxeadada ou pálida), pausa ou dificuldade respiratória, sucção fraca ou recusa alimentar, regurgitações ou vômitos frequentes, distensão abdominal (barriga aumentada e dura), tremores ou convulsões, baixa temperatura (menos que 36°C) ou febre (mais que 37,5°C); sonolência, com baixa resposta a estímulos; urina com

menos frequência e de cor mais escura; surgimento ou acentuação de icterícia (amarelão).



Fonte: <http://www.nossajacarei.com.br/nj2015/2012/08/atencao-usuarios-de-transporte-coletivo-sistema-de-bilhetagem-esta-suspenso/>

Quais cuidados devo ter na troca de fralda?

O bebê prematuro tem a pele muito fina e sensível, sendo mais fácil adquirir assaduras. Para prevenir é necessário: trocar as fraldas com frequência, manter a pele seca, protegida e livre de infecção. Portanto, a troca de fraldas deve ser feita sempre que estiver suja.



Fonte: <https://kekobaby.wordpress.com/2013/10/30/como-trocar-a-fralda-do-bebe/>

Por que o bebê tem refluxos e vômitos após a mamada? O bebê precisa arrotar? Qual a posição ideal?

Geralmente o que ocorre após a mamada é chamado de regurgitação, ou retorno do leite. Acontece porque o bebê prematuro tem imaturidade do sistema digestivo e é muito comum nos prematuros. É acompanhado por arroto e em pequena quantidade. Vômito é expulsão violenta do conteúdo do estômago. É contínuo, podendo ser em forma de jato. O vômito nem sempre ocorre durante ou após a alimentação. É possível reduzir a regurgitação por meio de algumas medidas simples, como colocar o bebê para arrotar com maior frequência durante e após a mamada; deixá-lo com a cabeça mais elevada (mais sentadinho) após a mamada; movimentá-lo o mínimo possível após a mamada. A regurgitação exagerada, bem como, episódios de vômito precisam de avaliação médica. Estimular a criança a arrotar após a mamada é muito importante. O ar que a criança engole ao mamar pode dar a falsa impressão de que esteja satisfeito. Alguns bebês não arrotam logo após as mamadas. Arrotando ou não, quando o bebê for colocado no berço, deve-se deitá-lo do seu lado direito, pois evita a regurgitação. Assim se ele vier a arrotar, eliminará a bolha de ar e o excesso de

leite, o que diminui o risco de aspiração, isto é, de o leite tomar caminho errado e ir para os pulmões.



Fonte: <https://www.abcdobebe.com/bebes/cuidados-de-saude/refluxo-gastro-esofagico-nos-bebes/>

O que faço quando o bebê grita e se “espreme” depois de mamar? Como é a cólica do bebê?

A cólica pode ser causada pelo próprio amadurecimento do aparelho digestivo do bebê e também pela ingestão de ar durante a mamada. A cólica é muito comum nos primeiros 3 meses de vida. Para aliviar o sofrimento do bebê, pode-se reduzir os estímulos externos (ruídos, luminosidade), aplicar calor no local (como um paninho passado a ferro quente) ou até mesmo oferecer o contato pele a pele do Método Canguru.



Fonte: <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/areas-clinicas/maternidade-cuf/o-bebe/colicas-no-bebe>

Meu bebê pode ficar cego por ser prematuro?

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença que ocorre na retina dos olhos de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascimento que, se não tratada, pode levar à cegueira. No Brasil ficou estabelecido que os exames para a detecção precoce da ROP seriam realizados em todos os nascidos prematuros com peso de nascimento de 1.500 gramas ou menos e/ou com idade gestacional igual ou menor do que 32 semanas ao nascimento. O exame oftalmológico inicial deve ser realizado entre a 4ª e a 6ª semana de vida.



Fonte: <https://prematividade.com/index.php/interna-post/retinopatia-da-prematividade-8029>

Fonte: a autora

A questão da ROP foi um dos assuntos introduzidos no aplicativo devido a nossa experiência profissional. Nenhum dos familiares entrevistados trouxe questionamentos a esse respeito, provavelmente pela realidade por eles vivenciada. O hospital onde seus bebês permaneceram internados não tem serviço de oftalmologia e conseqüentemente existe uma grande possibilidade de os familiares não terem recebido informações a este respeito.

Ainda como último ícone a ser explorado no aplicativo, temos um item que aborda a importância do acompanhamento do bebê prematuro por uma equipe multidisciplinar, explanando rapidamente a função de cada profissional envolvido nos cuidados do recém-nascido pré-termo. Este item é apresentado no Quadro 15.

Quadro 15 - Pergunta e resposta sobre o acompanhamento do bebê prematuro por equipe multidisciplinar – Aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”.

QUESTÃO SOBRE O ACOMPANHAMENTO DO BEBÊ PREMATURO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR – APLICATIVO MEU PEQUENO PREMATURO
<p>A importância dos profissionais de saúde para o acompanhamento do bebê prematuro</p> <p>O bebê prematuro precisa de acompanhamento multidisciplinar, isto é, de diferentes profissionais da área da saúde!!! A evolução da Medicina tornou realidade uma maior taxa de sobrevivência dos bebês nascidos prematuros, porém a incidência de sequelas, que envolvem atraso no desenvolvimento entre os sobreviventes, não tem diminuído de forma significativa. Por isso é importante fazer o acompanhamento ambulatorial após a alta hospitalar como uma continuidade dos cuidados recebidos na UTI Neonatal. As consultas devem ser organizadas de forma que a criança faça uma avaliação global e conjunta com a equipe multiprofissional e com as diversas especialidades médicas que forem necessárias. O acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, proporcionará menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e desenvolvimento, adequada inclusão na escola e maior potencial de aprendizado.</p> <p>A equipe de saúde multidisciplinar é composta por vários profissionais de diversas áreas, cada um com uma função:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médico Pediatra / Neonatologista – Avalia o crescimento e acompanha o desenvolvimento. Responsável pelos cuidados em intercorrências clínicas em geral. • Médico Neurologista – Responsável pelos cuidados em longo prazo das neuropatologias, tais como convulsões, paralisia cerebral e distúrbios de deglutição. • Médico Oftalmologista - Acompanhamento da retinopatia da prematuridade e tratamento. Avaliação da visão e de problemas visuais, como o estrabismo. Prevenção da cegueira. • Médico otorrinolaringologista – Responsável pelos cuidados da perda auditiva. • Obstetra - Apoio ao aleitamento materno e cuidados com as mamas. • Enfermagem - Controle dos medicamentos em uso. Orientação de medidas preventivas de diversas doenças. Responsável pelo cuidado do oxigênio domiciliar, sondas entéricas e cuidados gerais de higiene, quando necessário reforço. • Fisioterapeuta - Responsável por avaliar desenvolvimento motor, tônus e força muscular. Planejar acompanhamento individualizado adequado. Ensinar aos pais exercícios para fazer em casa. • Fonoaudiólogo - Avaliar potencial auditivo, prevenção da perda auditiva, coordenação da deglutição e auxílio nas dificuldades de linguagem e fonação. • Psicólogo - Avaliação formal do neurodesenvolvimento com testes diagnósticos específicos. Avaliação dos problemas comportamentais, vínculos e cuidados nessas situações. • Nutricionista - Conselhos sobre aleitamento materno e alimentação complementar adequada. Responsável pelo cuidado das crianças com falha

de crescimento. Responsável pelo cuidado das situações que requerem dieta especial.

- **Terapeuta Ocupacional** - Programar reabilitações das crianças com dificuldades. Acompanhamento e diálogo com escolas e pré-escolas. Definir habilidades que capacitem no contexto social e profissional futuro.
- **Assistente Social** - Responsável pelo cuidado dos problemas sociais: pobreza extrema, etc.



Fonte: <http://seupesoesuasaude.blogspot.com/2012/05/equipe-multidisciplinar-no-tratamento.html>

Fonte: a autora

O conteúdo do aplicativo, presente nos quadros anteriores, foi apresentado a profissionais expertises e muitas críticas construtivas advieram deste contato com os profissionais da área e um estudo ulterior será realizado no intuito de validar este conteúdo e aprimorá-lo. Várias questões tiveram uma aceitação significativa entre os juízes, porém algumas questões tiveram baixa aceitação e os profissionais trouxeram algumas sugestões bastante interessantes para serem trabalhadas.

As profissionais que avaliaram o conteúdo apontaram algumas frases de difícil compreensão, pontuaram que ainda existe muita informação técnica nas respostas apresentadas que poderiam ser simplificadas para o entendimento do público-alvo do aplicativo e questionaram as referências utilizadas para a criação do conteúdo. Algumas questões que representam dúvidas frequentes dos pais, como o posicionamento no berço e informações sobre o refluxo gastroesofágico e as regurgitações, não obtiveram consenso entre os expertises, e deverão ser

modificadas ou até mesmo retiradas do aplicativo para não gerar polêmica e para não oferecer informações dúbias aos pais e familiares.

Nos quadros que seguem abaixo são apresentados resumos das questões trazidas pelos familiares, como elas são apresentadas no aplicativo e quais delas sofreram algum tipo de apontamento das profissionais expertises para que sejam cuidadosamente reavaliadas. Ressalto que algumas questões trazidas pelos familiares não foram abordadas no aplicativo e que outras questões, não mencionadas pelos pais, foram acrescentadas ao conteúdo por acreditar-se serem relevantes para a educação em saúde dos familiares.

Quadro 16 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre prematuridade e sentimentos, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises.

TELA INICIAL DO APLICATIVO		
Questões trazidas pelos pais	Questões inseridas no aplicativo	Questões a serem analisadas, segundo avaliação dos expertises
Meu bebê é tão pequenininho!!!!	Meu bebê é tão pequenininho...	Melhorar o texto
Quais são os riscos da prematuridade?	Por que eles são mais lentos?	Reanalisar o conteúdo
O que esperar do desenvolvimento motor e cognitivo do meu bebê?	O que esperar do desenvolvimento do bebê prematuro?	Melhorar o texto; reanalisar o conteúdo
Será que eu tenho culpa de o bebê ter nascido prematuro?	Será que eu tenho culpa de o bebê ter nascido prematuro?	Melhorar o texto
Esperança de que vai ficar tudo bem...		
Devo manter a calma...		
	O que é prematuridade?	
	Apoio paterno	
	Importância da família em todos os momentos	

Fonte: a autora

Quadro 17 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre amamentação, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises.

AMAMENTAÇÃO		
Questões trazidas pelos pais	Questões inseridas no aplicativo	Questões a serem analisadas, segundo avaliação dos expertises
Qual a pega correta no seio? Qual a melhor posição para o bebê mamar?	Como meu bebê deve pegar meu peito corretamente? Tem uma posição ao colo que devo seguir? E se meu bebê só chupar meu peito, o que devo fazer?	Melhorar o texto
Devo usar o bico de silicone? Como usá-lo?	Mamadeira, chupeta e bico de silicone. Quais as consequências para meu bebê prematuro se eu oferecer?	Melhorar o texto; reanalisar o conteúdo; buscar outras referências
Qual o tempo ideal da mamada?	Preciso acordar meu bebê para mamar? Qual é o tempo e a frequência da mamada?	
Devo alternar as mamas a cada horário de mamada?	Quando vou amamentar preciso alternar as mamas? E se ele não aceitar meu peito?	
Acho que meu leite não está sustentando meu bebê...	O leite materno é suficiente para sustentar o recém-nascido prematuro? Do que ele é composto? Quais as intercorrências que ocorrem durante e após a mamada ao seio?	Reanalisar o conteúdo
	Meu leite está com aparência de água. Ele está fraco? Como sei quando a mamada é completa?	Melhorar o texto
Devo usar medicação para aumentar a produção de leite?	Como acontece a produção de leite materno? Como aumentar meu leite? Preciso tomar medicamentos? Como faço para estimular? A noite é importante fazer a estimulação ao seio?	
O que fazer quando o bebê mama muitas vezes durante a noite? Meu bebê mama mais vezes ao dia e em menor quantidade... Isso é normal?	É normal meu bebê mamar mais vezes ao dia ou a noite e em menor quantidade?	Melhorar o texto
Tenho muito medo que meu bebê perca peso...		

	amamentação tem a ver com isso?	
	Amamentar ao seio causa perda de peso no bebê? Por que o bebê prematuro tem dificuldade de ganhar peso nas primeiras semanas?	Reanalisar o conteúdo
Meu bebê mama demais! Isso é normal?		
Como desmamar o meu bebê?		
Meu bebê largou o seio pelo complemento... E agora?		
Estou com infecção no seio... O que fazer?		
Meu seio está partido... O que fazer?		
Estou sofrendo para colocar meu bebê no seio... O que fazer?		
Meu bebê tem dificuldade para mamar... O que fazer?		
	Posso ordenhar meu leite e congelar?	Melhorar o texto
	Posso tomar medicamentos enquanto estiver amamentando? Quais são eles?	

Fonte: a autora

Quadro 18 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre cuidados com o bebê, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises.

CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO		
Questões trazidas pelos pais	Questões inseridas no aplicativo	Questões a serem analisadas, segundo avaliação dos expertises
Tenho medo de pegar o meu bebê...	Como pegar o bebê prematuro sem machucar?	Reanalisar o conteúdo; buscar outras referências
Tenho medo de machucar o meu bebê, de não saber cuidar dele/a...		
Tenho medo de deixar o bebê sozinho no berço...	O bebê pode dormir sozinho no berço? Ele/a corre o risco de parar de respirar durante o sono?	Melhorar o texto
Qual a melhor posição para deixar o bebê no berço?	Qual a melhor posição para deixar o bebê no berço? Posso dormir com o meu bebê?	Melhorar o texto; reanalisar o conteúdo; buscar outras referências
Meu bebê troca o dia pela noite... O que fazer?	Meu bebê troca o dia pela noite... O que fazer?	
Meu bebê só dorme com a luz acesa... O que fazer?		
Meu bebê dorme pouco... O que fazer?	Meu bebê dorme pouco... O que fazer? Os bebês prematuros devem dormir mais?	Melhorar o texto
Tenho medo que meu bebê fique doente...	Tenho medo que meu bebê fique doente... Meu bebê tem resistência baixa? Ele/a pode ficar mais doente que os outros bebês?	Melhorar o texto; reanalisar o conteúdo
Meu bebê tem resistência baixa? Ele/a pode pegar uma infecção?		
O meu bebê vai pegar mais gripe do que os bebês a termo?		
Quando vou poder sair com meu bebê na rua, no vento?	Quando vou poder sair com meu bebê na rua?	Reanalisar o conteúdo
Posso receber visitas? Que cuidados devo ter?	Posso receber visitas? Que cuidados devo ter?	
Devo passar álcool nas mãos toda vez que for tocar no bebê?	Como esses bebês ganham imunidade? Como mantê-los imunes em casa?	
Eu não sei o tanto de roupa que devo colocar no meu bebê...	Meu bebê não pode passar frio, mas também não posso aquecê-lo demais, né? Eu	Melhorar o texto

	não sei o tanto de roupa que devo colocar no meu bebê...	
Meu bebê não pode passar frio, né? Devo usar bastante cobertas?	Como manter a temperatura corporal ideal para o bebê?	
Não posso aquecer demais meu bebê, né?		
Meu bebê chora bastante... E agora?	Como vou saber por que meu bebê está chorando?	
O meu bebê chora mais baixinho... Isso é normal?		
Tenho medo de dar banho no meu bebê... Medo por ele ser molinho, miudinho... Medo de ele escapar das minhas mãos!!!	Quais cuidados devo ter durante o banho do meu bebê?	Reanalisar o conteúdo
Qual o tempo ideal de duração do banho do bebê?		
Qual a temperatura ideal da água do banho do bebê?		
Posso colocar chá na água do banho do bebê?		
Devo superproteger meu bebê?		

Fonte: a autora

Quadro 19 – Comparativo entre as questões trazidas pelos familiares de bebês prematuros sobre a saúde do bebê, sua apresentação no aplicativo e apontamento das questões a serem reavaliadas, segundo os profissionais expertises.

E A SAÚDE DO MEU BEBÊ PREMATURO?		
Questões trazidas pelos pais	Questões inseridas no aplicativo	Questões a serem analisadas, segundo avaliação dos expertises
Tenho medo de faltar ar para o meu bebê...	Tenho medo de faltar ar para o meu bebê...	Melhorar o texto; buscar outras referências
Meu bebê faz bastante xixi... Isso é normal?	Como deve ser a cor e o cheiro do xixi do meu bebê?	
Como deve ser a consistência do cocô do meu bebê?	Como deve ser a consistência do cocô do meu bebê?	
	Quantos dias é normal o meu bebê ficar sem fazer cocô?	
Tenho medo de machucar meu bebê na hora da troca de fralda...	Quais cuidados devo ter na troca de fralda?	Reanalisar o conteúdo
Qual o melhor momento pra trocar a fralda: antes ou depois da mamada?		
Tenho muito medo que meu bebê se afogue...	Por que o bebê tem refluxos e vômitos após a mamada? O bebê precisa arrotar? Qual a posição ideal?	Melhorar o texto; reanalisar o conteúdo; buscar outras referências
Meu bebê vomita demais... O que fazer?		
Meu bebê não arrota... Isso é normal?		
Meu bebê tem refluxo... E agora?		
Meu bebê tem cólica... O que fazer?	O que faço quando o bebê grita e se “espreme” depois de mamar? Como é a cólica do bebê?	
Qual o tempo ideal para o umbigo do bebê prematuro secar e cair?		
O umbigo do meu bebê tá saltado!!! E agora?		
Devo criar o meu bebê como um bebê normal, a termo?		
Quais as reações de vacinas esperadas? O que fazer quando elas acontecerem?		
	E se meu bebê ficar com aparência roxinha?	

	Como posso perceber que tem alguma coisa errada com o meu bebê?	Melhorar o texto; buscar outras referências
	Posso fumar?	Reanalisar o conteúdo
	O que é bronquiolite e displasia broncopulmonar?	Reanalisar o conteúdo; buscar outras referências
	Meu bebê pode ficar cego por ser prematuro?	

Fonte: a autora

Outros estudos já foram realizados com o intuito de desenvolver instrumentos de educação em saúde para familiares de bebês prematuros. Fonseca et al (2004) criou a Cartilha “Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família”. O conteúdo desta cartilha foi criado através de metodologia participativa, incluindo profissionais de saúde e mães de bebês prematuros. A cartilha apresenta 48 páginas com 29 perguntas e aborda, em uma linguagem simples, assuntos como prematuridade, relacionamento familiar, alimentação, higiene, cuidados diários e cuidados especiais, tópicos bastante similares aos abordados também em nossa pesquisa.

No estudo de Martinez et al (2007), também foi criado um instrumento de suporte informacional para os familiares de bebês prematuros através da demanda dos pais e dos profissionais que atuavam junto a essas famílias. Os entrevistados trouxeram dúvidas muito similares àquelas encontradas neste estudo, como a dificuldade em lidar com o bebê prematuro por ser “mais lentinho”, dúvidas sobre posicionamento e manuseio adequado do bebê, dúvidas sobre amamentação e ganho de peso e sobre o desenvolvimento do bebê após a alta. Foi, então, elaborado um Guia de Orientações bastante didático, com figuras e linguagem simples sobre como é o desenvolvimento do bebê, como os pais podem ajudar nesse processo, as diferenças entre o bebê prematuro e o bebê a termo e dicas de alimentação, cuidados e higiene, temas também abordados em nosso instrumento de educação em saúde.

Existe um aplicativo móvel já em uso nos Estados Unidos da América, o FitBaby, que foi criado para auxiliar os pais de bebês prematuros na transição do hospital para casa. Os pais podem alimentar o aplicativo com informações sobre a saúde de seu bebê, devem seguir prescrições indicadas pela equipe de saúde e anotar as reações do bebê às atividades. Os dados do aplicativo são armazenados em uma base de dados acessível à equipe médica, que pode desta forma acompanhar o bebê mesmo à distância e dar um feedback para a família (HAYES et al, 2011).

O uso do aplicativo FitBaby permite aos pais contato direto com a equipe de profissionais da saúde que acompanharam seu bebê no período de hospitalização, oferecendo a possibilidade de envio de questionamentos sobre dúvidas menos urgentes, como o peso do bebê, nutrição, regurgitação ou sobre a utilização do contato pele a pele. Os usuários deste aplicativo também recebem e-mails diários com lembretes para responder a perguntas sobre a saúde do bebê e links para acessar conteúdos informativos sobre a saúde e o desenvolvimento de bebês prematuros.

Outro instrumento de educação em saúde que utilizou as TICs em prol da prematuridade foi o website “Prematuro” de Tenório (2016). A metodologia utilizada para criação do conteúdo foi o embasamento teórico na Cartilha de Fonseca et al (2004) e manuais do Ministério da Saúde. O site traz informações sobre a prematuridade, cuidados hospitalares e domiciliares e orientações aos familiares.

Independentemente da forma de apresentação de um instrumento de educação em saúde, ele deve apresentar linguagem clara, direta e textos breves com palavras comuns (FONSECA et al, 2004), uma dificuldade encontrada na elaboração do conteúdo desta pesquisa. Transformar a linguagem técnica numa linguagem de fácil compreensão é uma tarefa complexa e deve-se tentar de toda forma evitar termos e conceitos muito elaborados. Por isso é de extrema importância que ocorra a reelaboração do conteúdo do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro”, buscando uma utilização mais compreensível dos termos técnicos. A utilização de figuras é uma estratégia que pode facilitar o entendimento do usuário final. O conteúdo desenvolvido nesta pesquisa apresenta também

respostas muito extensas, que precisam ser revistas, como solicitado por algumas das profissionais expertises.

O desenvolvimento de um aplicativo móvel como ferramenta de educação em saúde para seu público alvo é o diferencial desta pesquisa e permite que o instrumento desenvolvido se torne mais interessante e tenha maior significado para seus usuários. Mas devemos ter sempre em mente que a informação recebida de forma virtual não deve substituir o contato face a face com os profissionais de saúde (BRASIL et al, 2018), devendo servir de apoio informacional para dúvidas corriqueiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a transição do hospital para o domicílio ocorra de uma forma mais natural e segura, num contexto de continuidade, é interessante que a família receba orientações sobre os cuidados com o bebê prematuro após a alta hospitalar, sendo um instrumento de educação em saúde desenvolvido através de pesquisa científica, uma opção confiável e mais segura para se obter informações.

Este estudo possibilitou o desenvolvimento do aplicativo “Meu Pequeno Prematuro” que permite aos familiares de bebês prematuros obter uma resposta rápida e confiável sobre dúvidas corriqueiras no cuidado com o bebê prematuro após a alta hospitalar. Um levantamento bibliográfico em diversas fontes que tratam sobre o tema Prematuridade conduziu às respostas que podem ajudar os familiares nas mais variadas situações de cuidados ao recém-nascido pré-termo.

Os familiares destes bebês tiveram a oportunidade de vivenciar uma escuta diferenciada sobre a sua experiência com as dificuldades no momento de assumir a responsabilidade por seu bebê após a alta hospitalar. Pudemos constatar que as dúvidas estão presentes para aqueles familiares que estão com seu bebê em domicílio há uma semana, assim como para aqueles que já vivenciam o convívio com seu bebê há alguns meses. Apesar de algumas famílias terem a percepção de que o bebê prematuro deve ser cuidado como se tivesse nascido a termo, por já ter sido liberado dos cuidados especializados ao receber alta hospitalar, para a maioria das famílias o recém-nascido pré-termo necessita de cuidados e atenção especiais.

Muitas das dúvidas e questionamentos ressaltados pelos familiares entrevistados nesta pesquisa são semelhantes a dados encontrados na literatura. Os temas que emergiram entre os familiares – alimentação, higiene, sentimentos e saúde – envolvem tanto uma questão emocional quanto a prática nos cuidados com o bebê, e tarefas aparentemente simples se tornam delicados obstáculos na rotina dos cuidadores do bebê prematuro.

O conteúdo desenvolvido, com fundamentação teórica embasada em literatura específica, foi apresentado a profissionais expertises que trouxeram várias críticas construtivas que serão levadas em consideração em estudos

futuros. As informações contidas neste instrumento de educação em saúde serão apresentadas para um número ainda maior de profissionais especialistas na área da prematuridade para que possa ser realizada a validação e otimização deste conteúdo para aprimorar o conhecimento levado a esses pais e familiares. Quando a validação do conteúdo for finalizada, o aplicativo será apresentado a sua população-alvo para nova validação de conteúdo e aparência, agora buscando a opinião daqueles que são o principal foco da criação deste instrumento de educação em saúde.

Uma das limitações deste estudo é que os dados aqui coletados são provenientes de uma pesquisa regional, realizado com um pequeno número de familiares de RNPTs que ficaram internados num mesmo hospital da região sudeste do Estado do Paraná e que residem em uma das nove cidades da região atendidas pelo CIS, com sede na cidade de Irati. Para informações mais abrangentes e fidedignas sobre as dúvidas dos familiares no cuidado ao bebê prematuro após a alta hospitalar, seria interessante replicar esta pesquisa em outras regiões do Estado e, também, em nosso vasto País.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÃO, A. C. V.; COCA, K. P.; ABUCHAIM, E. S. V. Queixas Comuns das Nutrizes. In: MARIANI NETO, C. (Coord.). **Manual de Aleitamento Materno**. 3ª ed. São Paulo: FEBRASGO - Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015.

ABREU, F. C. P. *et al.* Aleitamento materno do prematuro em domicílio. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 4, Florianópolis, 8 p., out-dez, 2015.

ALBUQUERQUE, L. M. B. Comunidade e sociedade: conceito e utopia. **Raízes**, Ano XVIII, n. 20, p. 50-53, nov, 1999.

ANDRADE, C. **O que se entende por família eudemonista?** Rede de Ensino Luiz Flavio Gomes. 2008. Disponível em: <<http://fg.jusbrasil.com.br/noticias/117577/o-que-se-entende-por-familia-eudemonista-camila-andrade>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

ARAÚJO, C. P. Informação, Comunicação e Saúde: campo interdisciplinar em construção. **Informação & Comunicação**, v. 14, n. 1, p. 45-59, jan-jul, 2011.

AUGÉ, M. **Os domínios do parentesco**. Lisboa: Edições 70, 2003.

BAGAROLLO, M. F.; OLIVEIRA, E. C. Crianças que não aprendem: história não contada. **Journal of Research in Special Educational Needs**, vol. 16, n. s1, p. 328-331, 2016.

BIROLI, F. **Família: Novos Conceitos**. Coleção O Que Saber. Fundação Perseu Abramo, São Paulo, 2014.

BITTAR, R. E.; ZUGAIB, M. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 31, n. 4, p. 203-209, 2009.

BRANDÃO, M. F.; FEIJÓ, R. G. Entre textos e contextos: os estudos de comunidade e as suas fontes históricas. **Análise Social**, vol. XX, n. 83, p. 489-503, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**, 2002. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 27/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**, 2004. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em 27/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS/GM. Portaria n° 1.683, de 12 de julho de 2007. **Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru**. 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em 13/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**, 2010. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/relatorios/i hac_relatorioihacatualizado_ms.pdf. Acesso 03/01/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS/GM. Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, 2011a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 28/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em 23/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf. Acesso em 11/10/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS/GM. Portaria n° 1.130, de 5 de agosto de 2015. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>
. Acesso em 28/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**. Atualizado em 29/08/2017. Disponível em:
<http://portalms.saude.gov.br/artigos/41186-iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac>. Acesso em 07/01/2019.

BRASIL, E. G. M.; QUEIROZ, M. V. O.; MAGALHÃES, S. S. Intervenções educativas em Unidade Neonatal e seguimento ambulatorial: contribuições para o cuidado clínico de enfermagem. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 65-70, jan-fev, 2014.

CARVALHO, K. M. Contribuições da Oftalmologia nos Cuidados à Criança Nascida Pré-Termo. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

CARVALHO, T. A. O. P.; LOPES, R. G. C. A família brasileira numa perspectiva histórica, baseado nos estudos de Engels. **Revista Portal de Divulgação**, n. 48, ano VI, mar-abr-mai, 2016.

CORRÊA-CUNHA, E. F. *et al.* Intervenções com mães de bebês prematuros: um estudo de grupos focais. **Clínica & Cultura**, v. II, n. II, p. 80-90, jul-dez, 2013.

COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 19-26, jan-fev, 2012.

CUSTÓDIO, A. P. T.; VASCONCELOS, M. G. L.; BELIAN, R. B. **Prematuro**. 2016. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

DELGADO, S. E. A construção do caminho do vínculo mãe adolescente / bebê pre-termo. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.**, S. Paulo, v. 12, n. 1, p. 32-38, 2002.

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

FERGUSON, T. E-Patients: How They Can Help Us Heal Healthcare. In: EARP, J. A. L.; FRENCH, E. A.; GILKEY, M. B. (org.) Patient Advocacy for Health Care Quality: Strategies for Achieving Patient-Centered Care. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2008.

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

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev, 2011.

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

FUJINAGA, C. I. *et al.* Validação do conteúdo de um instrumento para avaliação da prontidão do prematuro para início da alimentação oral. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 391-399, out-dez, 2008.

GAÍVA, M. A. M. *et al.* A alta em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: perspectiva da equipe de saúde e de familiares. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 387-392, out-dez, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed., São Paulo, SP: Atlas, 2008.

GUND, A. *et al.* A randomized controlled study about the use of eHealth in the home health care of premature infants. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 13, n. 22, 2013.

HAYES, G. R. *et al.* Supporting the transition from hospital to home for premature infants using integrated mobile computing and sensor support. **Pers Ubiquit Comput**, n. 15, p. 871-885, 2011.

HONORATO, E. J. S. A. A interface entre Saúde Pública e Cibercultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 481-485, 2014.

IRIART, J. A. B.; SILVA, L. A. V. As tecnologias da informação e comunicação e novas formas de sociabilidade: possibilidades e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2253-2254, nov, 2015.

LEÃO, L. C. S.; SILVA, L. R.; LOPES, R. C. S. Da UTI Neo para casa: vivências maternas na pré-alta do bebê prematuro. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 153-164, abr-jun, 2017.

LEIS, H. R. Sobre o conceito de interdisciplinaridade. **Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas**, Florianópolis, n. 73, ago, 2005.

LIMA, J. J.; VIEIRA, L. G. D.; NUNES, M. M. Computerized nursing process: development of a mobile technology for use with neonates. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018. 71(Suppl 3), p. 1273-1280. Disponível em : <
http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s3/pt_0034-7167-reben-71-s3-1273.pdf>.
Acesso em 02/02/2019.

LIMA, M. C. M. P. Função Auditiva e o Desenvolvimento da Linguagem no Recém-Nascido Pré-Termo. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

LINHARES, M. B. M.; GASPARD, C. M.; KLEIN, V. C. O Impacto do Nascimento Pré-Termo no Desenvolvimento da Criança e na Família. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

LOPES, S. **Aplicações mobile híbridas com Cordova e PhoneGap**. Série Caelum. Editora: Casa do Código. 1. ed. São Paulo, 2016.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

MARCHETTI, D.; MOREIRA, M. C.. Vivências da prematuridade: a aceitação do filho real pressupõe a desconstrução do bebê imaginário? **Revista Psicologia e Saúde**, v. 7, n. 1, p. 82-89, jan-jun, 2015.

MARSKI, B. S. L. *et al.* Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 69, n. 2, p. 221-228, mar-abr, 2016.

MARTINEZ, C. M. S. *et al.* Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 1, p. 73-81, jan-fev, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. 407 p.

MIRANDA, R. C.; ARAÚJO, T. C. C. F. Alcances e limites das tecnologias de informação e comunicação em saúde: um estudo com profissionais da área. **Rev. SPBH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 33-45, jul-dez, 2012.

MONTENEGRO, T. Diferenças de gêneros e desenvolvimento moral das mulheres. **Estudos feministas**, v. 11, n. 2, p. 493-508, 2003.

NETTO, A. S. *et al.* A importância do obstetra no incentivo e orientação do aleitamento materno. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 53, n. 1, p. 19-23, 2008.

NIETO, G.; BERNARDINO, L. M. F. Interação e Atenção à Família do Recém-Nascido Pré-Termo. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo.** Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

OLIVER, K. A.; ANTONIUK, S. A.; BRUCK, I. Características Evolutivas da Criança Nascida Pré-Termo – Acompanhamento Longitudinal. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo.** Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

OLIVER-MORA, M.; IÑIGUEZ-RUEDA, L. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en los centros de salud: la visión de los profesionales en Cataluña, España. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 21, n. 63, p. 945-955, 2017.

OMS – Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. 19/02/2018. Disponível em : < <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em 14 jun. 2018.

PAGLIARO, C. L. *et al.* Dificuldades de transição alimentar em crianças prematuras: revisão crítica de literatura. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 1, p. 7-14, jan-fev, 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. 2012. 55p.

PEIXOTO, J. A. B. *et al.* Percepção das mães acerca do desenvolvimento do bebê prematuro no ambiente domiciliar. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 1, p. 113-125, mar, 2016.

PEREIRA, L. D. C. Critérios para a alta do prematuro. In: SILVEIRA, R. C. (org.) **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 1ª ed. São Paulo (SP): Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

PEREIRA, L. D. C.; GARBES, R. Orientações aos pais na alta da UTI Neonatal. In: SILVEIRA, R. C. (org.). **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. 1ª ed. São Paulo (SP): Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

PERUZZO, C. M. K.; VOLPATO, M. O. Conceitos de comunidade, local e região: inter-relações e diferença. **Líbero**, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 139-152, dez, 2009.

PIRES, L. P. *et al.* Estudo exploratório das informações recebidas pelas mães de recém-nascidos egressos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Juiz de Fora. **Rev. APS**, v. 16, n. 1, p. 10-19, jan-mar, 2013.

PRADO, D. **O que é Família**. São Paulo: Abril Cultural. Brasiliense, 1985.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília, 2014.

RABELO, M. Z. S. *et al.* Sentimentos e expectativas das mães na alta hospitalar do recém-nascido prematuro. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 333-337, 2007.

RODRIGUES, O. M. P. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011.

ROTTA, N. T.; OHLWEILER, L. Estudos Evolutivos do Recém-Nascido Pré-Termo. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

SANTANA, C. V. M. O. R. **A família na atualidade: novo conceito de família, novas formações e o papel do IBDFAM (Instituto Brasileiro de Direito de Família)**. 2015. 24 f. Monografia. (Graduação em Direito) – Universidade Tiradentes, Aracaju, 2015.

SANTOS, D. C. C.; CAMPOS, D.; ZANELLI, T. M. C. Desenvolvimento Motor do Lactente Nascido Pré-Termo – Fundamentos da Avaliação e Intervenção. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

SANTOS, L. C. *et al.* Perception of premature infants' mothers on home visits before and after hospital discharge. **Invest Educ Enferm**, v. 32, n. 3, p. 393-400, 2014a.

SANTOS, N. D. *et al.* O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 65-70, jan-fev, 2014.

SCHMIDT, K. T. *et al.* Práticas da equipe de enfermagem no processo de alta do bebê pré-termo. **Rev Bras Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 833-839, nov-dez 2013.

SILVA, J. L. P. Nascimento Prematuro – fatores genéticos e ambientais. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2012.

SILVA, O. P. V. A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 4, n. 2, p. 15-24, 2002.

SILVA, R. K. S. *et al.* Health information technology applied to communication as a tool for promoting safety in patient care. **Anais do I Congresso Norte-Nordeste de Tecnologias em Saúde**, Teresina, 5-8 dez, 2018.

SILVA, L. L. B.; PIRES, D. F.; NETO, S. C. **Desenvolvimento de Aplicações para Dispositivos Móveis: Tipos e Exemplo de Aplicação na plataforma IOS**, 2015. Disponível em: <<http://www.lbd.dcc.ufmg.br/colecoes/wicsi/2015/004.pdf>>. Acesso em: 13/02/2019.

SILVEIRA, M. L. Família: conceitos sócio antropológicos básicos para o trabalho em saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 58-64, jul-dez, 2000.

SILVEIRA, R. C. (org.). **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. 1ª edição. São Paulo-SP: Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

SIQUEIRA, M. B. C.; DIAS, M. A. B. Percepção materna sobre a vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 20, n. 1, p. 27-36, jan-mar, 2011.

SPÍNDOLA, B. M. *et al.* A utilização de grupos de educação em saúde no desenvolvimento motor de bebês prematuros. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, v. 6, n. 1, p. 7-21, jan-mar, 2013.

TENÓRIO, A. P. S. **Construção e validação de um website sobre cuidados com o prematuro**. 2016. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016.

TIBES, C. M. S.; DIAS, J. D.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Aplicativos móveis desenvolvidos para a área da saúde no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 471-478, 2014.

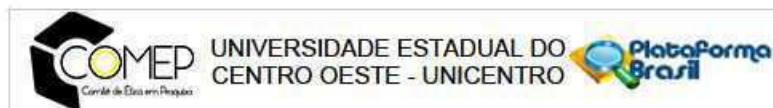
TONACIO, L. V. **Composição corporal de lactentes pré-termo ao nascimento e na idade corrigida**. 2015. 95f. Dissertação (Mestrado em Nutrição em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

TRAD, L. A. B (org). **Família Contemporânea e Saúde: Significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde – Um panorama no Brasil. **Informática Pública**, ano 10, v. 2, p. 07-15, 2008.

ZOMIGNANI, A. P.; ZAMBELLI, H. J. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M.
Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Rev Paul Pediatr**,
v. 27, n. 2, p. 198-203, 2009.

ANEXO – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR: DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL PARA CELULAR

Pesquisador: CAROLINE GIANNA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 79390617.0.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.409.240

Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa intitulado: CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR: DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL PARA CELULAR de interesse de CAROLINE GIANNA DA SILVA.

Esta será uma pesquisa descritiva e transversal, composta por duas etapas. A primeira etapa terá um delineamento qualitativo e a segunda, quantitativo. Na primeira etapa será realizada uma entrevista com familiares de bebês prematuros egressos da UTIN de um hospital filantrópico da região sudeste do Estado do Paraná para se levantar quais informações esses usuários gostariam de obter sobre a saúde do bebê recém-nascido. Com estes dados em mãos, será elaborado um conteúdo que será apresentado no aplicativo móvel para celular, a partir das demandas destes participantes.

A escolha dos participantes ocorrerá de forma aleatória a partir da presença do bebê prematuro e seus familiares na primeira consulta ambulatorial no Consórcio Intermunicipal de Saúde, onde serão realizadas as entrevistas. O número de participantes vai depender do momento em que chegarmos a uma saturação das respostas, quando as entrevistas deverão ser encerradas.

A entrevista será aberta e terá como questão norteadora: "Agora que você e sua família são os responsáveis pelos cuidados com o bebê, estamos interessados em saber quais são seus principais medos e dúvidas para cuidar do bebê em casa após a alta hospitalar?".

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado dos laboratórios do curso de Farmácia)
 Bairro: Vila Carlí CEP: 85.040-080
 UF: PR Município: GUARAPUAVA
 Telefone: (42)3629-8177 Fax: (42)3629-8100 E-mail: comeq_unicentro@yahoo.com.br

APÊNDICES

APÊNDICE I – Pesquisa sobre antecedentes pré, peri e pós natais do bebê

1. Data de nascimento: ___/___/_____
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Idade gestacional no momento do parto: _____
4. Parto normal ou cesariana: _____
5. O bebê é gemelar? NÃO () SIM ()
6. Índice de Apgar no 1º e 5º minuto: _____
7. Peso ao nascer: _____
8. Comprimento ao nascer: _____
9. Perímetro cefálico ao nascer: _____
10. Quanto tempo permaneceu internado na Unidade de Terapia Intensiva?
_____ dias
11. Necessitou utilizar ventilação mecânica? () NÃO () SIM Quantos dias? _____
12. O bebê tem alguma doença diagnosticada? () NÃO () SIM Qual (ais)? _____

APÊNDICE II – Bibliografia acessória utilizada na construção do conteúdo do aplicativo

BABYCENTER. **Tem problema levar o bebê para dormir na cama dos pais?** Disponível em: < <https://brasil.babycenter.com/x3300034/tem-problema-levar-o-beb%C3%AA-para-dormir-na-cama-dos-pais>>. Acesso em 13 jul. 2018.

BABYCENTER. **A respiração do bebê – o que é ou não normal.** Disponível em : < <https://brasil.babycenter.com/a1500218/a-respira%C3%A7%C3%A3o-do-beb%C3%AA---o-que-%C3%A9-ou-n%C3%A3o-normal>>. Acesso em 13 jul. 2018.

BABYCENTER. **O cocô do bebê.** Disponível em: <https://brasil.babycenter.com/l4600029/o-coc%C3%B4-do-beb%C3%AA-fotos>. Acesso em 19 jun, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: Método Canguru – Manual Técnico.** 2ª edição. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual do Método Canguru: Seguimento Compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica.** Brasília-DF, 2015.

CRESCER. **Prisão de ventre: É normal o bebê ficar dias sem fazer cocô?** 5 jun, 2017. Disponível em: <https://revistacrescer.globo.com/Bebes/Saude/noticia/2013/03/prisao-de-ventre-em-bebes-e-criancas-saiba-como-lidar-com-o-intestino-pres.html>. Acesso em 19 jun, 2018.

CUSTÓDIO, A.P.T.; VASCONCELOS, M.G.L.; BELIAN, R.B. **Prematuro**, 2016. Disponível em: <<http://www.ideias.ufpe.br/prematuro/index.php>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ESCOBAR, A. **Xixi do bebê.** 27 jul, 2015. Disponível em: < <http://www.draanaescobar.com.br/dicas-da-dra-ana/duvidas/xixi-do-bebe/>>. Acesso em 19 jun, 2018.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. **Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família**. 2ª edição. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2005.

GONÇALVES, C.M.R.M. **Evolução do desenvolvimento motor e cognitivo de pré-escolares nascidos pré-termo de muito baixo peso egressos do método canguru**. Dissertação (Mestrado em Ciências – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

KOSMINSKY, F.S. **Aprendendo a lidar com a cólica do filho**. 2005. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

MARSKI, B.S.L. *et al.* Alta hospitalar do recém-nascido prematuro: experiência do pai. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016, v. 69, n. 2, p. 202-9.

NASCIMENTO, M.S. **Bronquiolite viral aguda: etiologia e impacto clínico imediato e tardio em pacientes atendidos em um hospital privado de São Paulo**. 2010. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

NETTO, A.S. *et al.* A importância do obstetra no incentivo e orientação do aleitamento materno. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 53, n. 1, p. 19-23, 2008.

NUNES, M.L. **Síndrome da Morte Súbita do Lactente: Aspectos Epidemiológicos, Fisiopatologia e Prevenção**. Disponível em : < http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/img/documentos/doc_sindrome_msl.pdf>. Sociedade Brasileira de Pediatria. Acesso em 19 jun. 2018.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Nacimientos Prematuros**. 19/02/2018. Disponível em : < <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/preterm-birth>>. Acesso em 14 jun. 2018.

ROMANINI, B. **Como segurar o recém-nascido**. Disponível em: <http://wordpress-180742-527913.cloudwaysapps.com/recem-nascido/como-segurar-o-recem-nascido>. Bebê Mamãe. Acesso em 13 jul. 2018.

SILVA, J. L. P. Nascimento prematuro – fatores genéticos e ambientais. In: RIECHI, T. I. J. S. e MOURA-RIBEIRO, M. V. L. **Desenvolvimento de crianças Nascidas Pré-Termo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2013.

SILVEIRA, R. C. (org.). **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. 1ª edição. São Paulo-SP: Departamento Científico de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2012.

TENÓRIO, A. P. S. **Construção e validação de um *website* sobre cuidados com o prematuro**. 2016. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016.

APÊNDICE III - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os familiares

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COMEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar do Projeto “CUIDADOS COM O BEBÊ PREMATURO APÓS A ALTA HOSPITALAR: DESENVOLVIMENTO DE UM APLICATIVO MÓVEL PARA CELULAR”, que tem como objetivo desenvolver um aplicativo móvel para celular que possa servir de suporte aos familiares de bebês prematuros egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal nos cuidados da criança após a alta hospitalar.

O período durante o qual um bebê prematuro permanece internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é cercado de cuidados especializados 24 horas por dia. Durante todo o processo de evolução do paciente até o momento da alta desta Unidade, por mais que os familiares estejam presentes o maior tempo possível, sua participação é mais limitada no cuidado com o bebê. A justificativa para a realização deste trabalho é o desenvolvimento de uma estratégia de apoio ao cuidado do bebê prematuro após a alta hospitalar que seja de fácil acesso, rápida e que necessita conter informações que sejam fundamentadas e seguras, de acordo com as necessidades dos usuários.

DADOS DO PARECER DE APROVAÇÃO

Emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, COMEP-UNICENTRO

Número do parecer: 2.409.240

Data da relatoria: 01/12/2017

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Ao participar desta pesquisa você deverá responder a uma entrevista aberta, que será gravada e transcrita pela pesquisadora. Após serem destacadas as principais dúvidas levantadas pelos familiares, será realizada uma busca pelas respostas mais adequadas em literatura específica de acordo com as áreas referentes a cada assunto abordado.



Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: O procedimento utilizado, a entrevista, pode trazer algum desconforto como constrangimento frente ao relato dos fatos. O tipo de procedimento não apresenta um risco físico a sua participação. A pesquisadora é responsável por assistência integral, imediata e gratuita aos participantes que se sentirem prejudicados durante a pesquisa.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo são no sentido de compreender as principais dúvidas e medos dos familiares ao levar o bebê prematuro para casa após um período de internamento em unidade especializada para assim podermos criar um aplicativo para celular que possa trazer respostas a essas dúvidas de forma rápida e efetiva aonde a pessoa estiver, desde que tenha acesso a um aparelho celular.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o(a) senhor(a) nos fornecer serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, seus dados pessoais, assim como os dados do seu bebê, ficarão em segredo e o seu nome ou o do seu bebê não aparecerá em lugar nenhum da entrevista, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento a pesquisadora responsável.

Nome da pesquisadora responsável: Caroline Gianna da Silva
Endereço: PR 153, Km 7 – Riozinho – Campus Irati da UNICENTRO – Irati – PR
Telefone para contato: (42) 99149-2883
Horário de atendimento: horário comercial

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG

Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira, porém também não haverá despesas pessoais para os participantes em qualquer fase da pesquisa.



7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) senhor(a) estiver de acordo em participar, deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr(a). _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pela pesquisadora, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido(a) e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Irati, _____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da Pesquisadora – Caroline Gianna da Silva



