

DEMANDAS E RECURSOS FAMILIARES NA ADAPTAÇÃO PARA O CUIDADO DOMICILIAR AO PREMATURO NA PERSPECTIVA MATERNA*

*FAMILY DEMANDS AND RESOURCES IN ADAPTING TO HOME CARE FOR PRETERM BABIES FROM THE MATERNAL PERSPECTIVE**

*DEMANDAS Y RECURSOS FAMILIARES EN LA ADAPTACIÓN AL CUIDADO DOMICILIARIO DEL PREMATURO DESDE LA PERSPECTIVA MATERNA**

Camilla Lorraine Moreira Dias¹
Nayara Luiza Henriques¹
Patrícia Pinto Braga¹
Elysângela Dittz Duarte¹

¹Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG - Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG: Escola de Enfermagem - EE, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Belo Horizonte, MG - Brasil.

³Universidade Federal de São João del Rei - Campus Centro-oeste, Curso de Enfermagem, Divinópolis, MG - Brasil.

Autor Correspondente: Camilla Lorraine Moreira Dias
E-mail: camillalms@hotmail.com

Contribuições dos autores::

Aquisição de Financiamento: Elysângela D. Duarte; Coleta de Dados: Camilla L. M. Dias, Nayara L. Henriques; **Conceitualização:** Camilla L. M. Dias, Nayara L. Henriques, Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Gerenciamento de Recursos:** Elysângela D. Duarte; **Gerenciamento do Projeto:** Elysângela D. Duarte; Investigação: Camilla L. M. Dias, Nayara L. Henriques, Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Metodologia:** Camilla L. M. Dias, Nayara L. Henriques, Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Redação - Preparo do Original:** Camilla L. M. Dias, Nayara L. Henriques, Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Redação - Revisão e Edição:** Camilla L. M. Dias, Nayara L. Henriques, Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Software:** Camilla L. M. Dias, Elysângela D. Duarte; **Supervisão:** Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Validação:** Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte; **Visualização:** Patrícia P. Braga, Elysângela D. Duarte.-Mendes.

Fomento: Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPE-MIG), processo no APQ-02165-17, Brasil.

Submetido em: 05/04/2023

Aprovado em: 07/06/2024

Editores Responsáveis:

Bruna Figueiredo Manzo
Luciana Regina Ferreira da Mata

RESUMO

Objetivo: examinar as demandas e os recursos familiares na adaptação para o cuidado à criança nascida prematura no domicílio na perspectiva materna. **Método:** estudo qualitativo, descriptivo exploratório, guiado pelo referencial teórico de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar. Foram entrevistadas 22 mães de crianças cuja idade gestacional de nascimento foi menor que 32 semanas. As mães se configuraram como informantes da dinâmica cotidiana da família para o cuidado ao prematuro. O software MAXQDA® foi utilizado para apoio à análise temática. **Resultados:** sob a perspectiva materna, as demandas familiares identificadas foram aumento de afazeres domésticos, dedicação e cuidados constantes com a criança, maior disponibilidade de tempo para comparecer aos atendimentos de saúde, menor contato social e aquisição de produtos para o cuidado à criança. Para atender às demandas a família utilizou de recursos próprios, como espiritualidade, recursos financeiros e reorganização da rotina, bem como de recursos externos, como acesso a serviços de saúde e a rede de apoio, representada pela família e seus membros individualmente. **Conclusão:** as demandas exigem um esforço para que sejam atendidas sinalizando que podem contribuir para o aumento da tensão familiar e para mudanças no cotidiano, contudo os recursos próprios e externos às famílias contribuíram para o enfrentamento das situações vividas. Na prática, o reconhecimento das demandas pelos enfermeiros permite-lhes direcionar ações para identificar e utilizar os recursos familiares buscando a sua adaptação.

Palavras-chave: Recém-Nascido Prematuro; Alta do Paciente; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa; Cuidado da Criança.

ABSTRACT

Objective: to examine family demands and resources in adapting to care for preterm babies at home from the maternal perspective. **Method:** qualitative, descriptive, exploratory study guided by the theoretical framework of Resilience, Stress, Adjustment and Family Adaptation. Twenty-two mothers of children whose gestational age at birth was less than 32 weeks were interviewed. The mothers acted as informants on the daily dynamics of the family for the care of preterm babies. The MAXQDA® software was used to support the thematic analysis. **Results:** from the maternal perspective, the family demands identified were increased household chores, constant dedication and care for the child, greater availability of time to attend health care appointments, less social contact and purchase of products for child care. To meet the demands, the family used its own resources, such as spirituality, financial resources and reorganization of the routine, as well as external resources, such as access to health services and the support network, represented by the family and its members individually. **Conclusion:** demands require effort to be met, indicating that they can contribute to increased family tension and changes in daily life; however, the families' own and external resources contributed to coping with the situations experienced. In practice, nurses' recognition of demands allows them to direct actions to identify and use family resources seeking their adaptation.

Keywords: Infant, Premature; Anthropometry; Patient Discharge; Nursing; Qualitative Research; Child Care.

RESUMEN

Objetivo: examinar las demandas y los recursos familiares en la adaptación al cuidado del niño nacido prematuro en el hogar desde la perspectiva materna. **Método:** estudio cualitativo, descriptivo exploratorio, guiado por el marco teórico de Resiliencia, Estrés, Ajuste y Adaptación Familiar. Se entrevistó a 22 madres de niños cuya edad gestacional al nacer fue menor de 32 semanas. Las madres se consideran informantes de la dinámica diaria de la familia para el cuidado del prematuro. Se utilizó el software MAXQDA® para apoyar el análisis temático. **Resultados:** desde la perspectiva materna, las demandas familiares identificadas fueron el aumento de las tareas domésticas, la dedicación y los cuidados constantes del niño, más disponibilidad de tiempo para asistir a las citas médicas, menor contacto social y adquisición de productos para el cuidado del niño. Para hacer frente a estas demandas, la familia utilizó recursos propios, como la espiritualidad, los recursos financieros y la reorganización de la rutina, así como recursos externos, como el acceso a servicios de salud y la red de apoyo, representada por la familia y sus miembros individualmente. **Conclusión:** estas demandas requieren un esfuerzo para ser atendidas, lo que puede contribuir a aumentar la tensión familiar y provocar cambios en la vida diaria. Sin embargo, los recursos propios y externos de las familias contribuyeron a hacer frente a las situaciones vividas. En la práctica, el reconocimiento de estas demandas por parte de los enfermeros les permite dirigir acciones para identificar y utilizar los recursos familiares en busca de su adaptación.

Palabras clave: Recién Nacido Prematuro; Alta del Paciente; Enfermería; Investigación Cualitativa; Cuidado del Niño.

Como citar este artigo:

Dias CLM, Henriques NL, Braga PP, Duarte ED. Demandas e recursos familiares na adaptação para o cuidado domiciliar ao prematuro na perspectiva materna. REME - Rev Min Enferm [Internet]. 2024[citado em ____];28:e-1549. Doi: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2024.45671>

*Artigo extraído de dissertação: Dias, Camilla Lorraine Moreira. Adaptação materna ao cuidado à criança prematura durante o primeiro mês após a alta hospitalar [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/37720>

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema mundial, e estimativas demonstram que a prevalência de parto prematuro é alta tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Além disso, observa-se uma tendência de aumento dessa prevalência ao longo dos anos⁽¹⁾. Existe uma relação diretamente proporcional entre o risco de morbimortalidade no primeiro ano de vida e a menor idade gestacional ao nascimento, mesmo com todos os avanços tecnológicos na assistência perinatal^(2,3). Esse fato enfatiza a importância dos cuidados contínuos às crianças nascidas prematuramente e a suas famílias^(2,3).

Crianças prematuras necessitam de cuidados contínuos, variando em duração e complexidade, após a alta hospitalar. Essas demandas incluem: maior necessidade de serviços de saúde⁽⁴⁾, uso frequente de medicações⁽⁵⁾, acesso a terapias reabilitadoras⁽⁵⁾, requisitos especiais quanto à alimentação, englobando a via de administração, forma de oferta, tipo de alimentação e sua consistência⁽⁶⁾, além da necessidade de vigilância em relação à temperatura corporal, limpeza do ambiente doméstico e cuidados extra ao frequentar locais pouco ventilados ou com aglomeração de pessoas⁽⁷⁾. Além disso, crianças prematuras possuem um risco elevado de reinternações⁽⁵⁾ e uma probabilidade maior de desenvolverem condições crônicas⁽⁴⁾.

As evidências indicam mudanças significativas no cotidiano das famílias devido à condição de saúde das crianças prematuras, afetando o trabalho e a vida social dos pais^(3,7). A família desempenha um papel central no cuidado à criança prematura em casa⁽⁸⁾. Contudo, são majoritariamente as mães que enfrentam os maiores desafios, assumindo integralmente os cuidados após a alta hospitalar⁽⁸⁾. Neste estudo, adotou-se o conceito de família como um grupo social formado por pessoas relacionadas biologicamente ou por meio de compromissos duradouros, englobando diferentes gerações e gêneros, desempenhando papéis que envolvem socialização, criação e vínculos emocionais⁽⁹⁾.

A inserção de uma criança prematura no ambiente domiciliar implica mudanças na rotina familiar, exigindo uma adaptação a essa nova realidade⁽⁵⁾. A adaptação é um processo de mudanças no funcionamento familiar diante de novos eventos⁽¹⁰⁾, neste caso, caracterizado pelo cuidado à criança prematura em casa após a alta hospitalar. Mudanças que satisfazem as necessidades de todos os membros da família indicam uma adaptação familiar bem-sucedida⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, a adaptação familiar é vista como um evento que abrange múltiplas facetas, cujos elementos

interagem para determinar o funcionamento familiar⁽¹⁰⁾. Tais elementos incluem: a percepção da família, vulnerabilidades, estratégias de enfrentamento e resolução de problemas, apoio social, dinâmicas familiares, demandas e recursos da família⁽¹⁰⁾, sendo os dois últimos foco deste estudo.

As demandas familiares referem-se a situações vivenciadas pelas famílias que podem causar estresse e acarretar um acúmulo de tensões, o que por sua vez aumenta a fragilidade do sistema familiar e dificulta o processo de adaptação a uma nova situação estressante⁽¹⁰⁾. Neste estudo, tal situação é representada pelo cuidado domiciliar de uma criança prematura após a alta hospitalar. Os recursos familiares, por outro lado, dizem respeito ao potencial que a família ou seus membros possuem para enfrentar a crise⁽¹⁰⁾. Esse potencial pode ser mobilizado frente às múltiplas exigências do cuidado de uma criança prematura no âmbito domiciliar, englobando recursos financeiros, espirituais e sociais.

Presume-se que a chegada de uma criança prematura ao lar provoque alterações no funcionamento familiar, decorrentes de suas necessidades de cuidado, que podem ser mais ou menos atendidas pela família. A maneira como a família gerencia essas demandas, fazendo uso dos recursos disponíveis, é determinante. Um desequilíbrio entre as demandas e os recursos da família pode gerar tensões e conflitos, afetar a adaptação da família e a satisfação das necessidades da criança, conduzindo a disfunções no manejo das experiências vivenciadas.

Portanto, reconhecendo a importância das demandas familiares na incorporação dos cuidados às suas crianças nascidas prematuras no domicílio, bem como a necessidade de identificar recursos para atender a essas demandas e a relação entre os recursos disponíveis e as demandas familiares para a adaptação ao cuidado, estabeleceu-se o seguinte objetivo: Examinar as demandas e os recursos familiares envolvidos na adaptação ao cuidado da criança nascida prematura no domicílio sob a perspectiva materna.

MÉTODO

Tipos de Estudo

Este estudo possui uma abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, orientado pelo modelo teórico de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin⁽¹⁰⁾. Adotou-se as recomendações estabelecidas pelos Critérios Consolidados de Relato de Pesquisa Qualitativa (COREQ)⁽¹¹⁾.

Este trabalho é um segmento de uma pesquisa mais abrangente, intitulada “Adaptação Familiar à situação de nascimento prematuro durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no 1º, 3º, 6º, 9º e 12º mês após a alta hospitalar: estudo longitudinal e com métodos mistos”. O objetivo principal deste estudo foi investigar o processo de adaptação das famílias ao nascimento prematuro durante a estadia na UTIN, bem como nos 1º, 3º, 6º, 9º e 12º meses subsequentes à alta⁽¹²⁾.

Participantes

Participaram do estudo 22 mães de crianças nascidas prematuras, egressas da UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal) de um hospital filantrópico localizado em uma capital da região Sudeste do Brasil. Ressalta-se que a pesquisa concentrou-se nos principais cuidadores dessas crianças, que foram, sem exceção, as mães. Elas são fundamentais como informantes sobre a dinâmica cotidiana no cuidado domiciliar à criança nascida prematuramente. Considerando a família como o ambiente primordial para o crescimento e desenvolvimento da criança, os dados fornecidos por um membro individual da família constituem uma fonte de análise valiosa e adequada⁽¹³⁾. Portanto, as mães participantes representam suas famílias neste estudo, oferecendo informações sobre o funcionamento familiar, incluindo os recursos disponíveis e as necessidades no cuidado ao prematuro.

A escolha do cenário deve-se ao fato de constituir uma maternidade de referência em assistência humanizada à mulher, criança e neonato, tanto no Brasil quanto em Minas Gerais. Esta instituição destaca-se pela sua abordagem multiprofissional e adoção de estratégias de humanização, incluindo acomodações para que as mulheres possam permanecer com seus filhos durante a internação na UTIN e na UCI (Unidade de Cuidado Intermediário), incentivo à presença paterna, apoio ao aleitamento materno, cuidado “mãe e/ou pai canguru”, engajamento familiar e acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos de alto risco após a alta.

Os dados utilizados neste estudo provêm de uma pesquisa ampla, cuja amostra de conveniência englobou 181 pais ou mães de crianças que preenchiam os critérios de inclusão. Definiram-se como critérios ser o cuidador principal de um prematuro nascido com idade gestacional inferior a 32 semanas e que necessitou de internação na UTIN. A seleção da idade gestacional baseou-se no risco elevado para condições crônicas de saúde, alterações nos padrões de crescimento e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, demandando acompanhamento sistemático após a alta hospitalar⁽¹⁴⁾. Foram excluídos cuidadores que apresentavam dificuldades de comunicação ou comprometimento cognitivo, condições que poderiam afetar suas respostas aos instrumentos. Estes critérios foram verificados a partir dos registros de atendimento à família pela equipe multidisciplinar durante a hospitalização da criança.

Dos 181 participantes elegíveis para a pesquisa ampla, 83 aceitaram participar da fase de coleta de dados durante a internação na UTIN. Destes, selecionaram-se para acompanhamento após a alta hospitalar. No primeiro mês após a alta, das 83 famílias incluídas durante a internação, registraram-se 12 óbitos, 46 falhas no contato telefônico, duas desistências do estudo e uma transferência da criança para outra instituição antes da alta, totalizando 22 participantes para esta pesquisa.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário para caracterização sociodemográfica das famílias e das crianças, e uma entrevista semi-estruturada baseada nos referenciais teóricos de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar de McCubbin e McCubbin⁽¹⁰⁾. O questionário sociodemográfico incluiu questões sobre idade materna, situação conjugal, paridade, consultas de pré-natal, local de residência, escolaridade, etnia e religião. Nas entrevistas, buscou-se explorar a percepção das cuidadoras sobre a adaptação familiar ao cuidado do recém-nascido prematuro em domicílio, conforme detalhado na Figura 1.

Figura 1: Roteiro da entrevista semiestruturada.

1. Descreva-me sobre um dia típico na vida de seu filho(a).
2. Como você descreveria o dia do seu filho(a) em comparação com outras crianças da idade dele(a)?
3. Diga-me sobre algumas necessidades do seu filho(a) que você acha que você resolve bem. Há alguma necessidade do seu filho(a) que você não consegue atender? Se sim, qual (is)? Se você fosse contratar alguém para atender às necessidades diárias do seu filho(a), quantas horas semanais, essa pessoa trabalharia? Qual seria a descrição do seu trabalho? O que ela precisaria saber ou aprender?
4. Quais são os maiores desafios que você e sua família enfrentam para o cuidado com seu filho(a)? Quais tipos de coisas ajudam vocês a lidar com esses desafios? Como você descreveria o impacto de ter um filho(a) prematuro no dia-a-dia da família?

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na primeira fase do estudo, de setembro de 2018 a setembro de 2019, as entrevistas foram realizadas presencialmente com as famílias durante a interação do prematuro na UTIN. A segunda fase da pesquisa, correspondente aos dados apresentados neste artigo, ocorreu de outubro de 2018 a outubro de 2019 e foi conduzida um mês após a alta hospitalar da criança, por meio de contato telefônico.

No momento da ligação, o pesquisador fornecia informações sobre a segunda fase da coleta de dados e confirmava com a participante o interesse e disponibilidade em permanecer no estudo, orientando-a sobre a necessidade de um local seguro e privado para a entrevista. Em seguida, a entrevista era realizada por telefone no mesmo dia ou, a depender do desejo da participante, agendava-se uma data e horário para a realização da entrevista. No total, foram realizadas 13 entrevistas por contato telefônico. Em situações de dificuldade no contato telefônico, optou-se por realizar a coleta durante o retorno da criança ao ambulatório da instituição, no atendimento da Terceira Etapa do Método Canguru. A entrevista presencial com nove participantes foi realizada individualmente, em um ambiente tranquilo e privado, mantendo-se o sigilo da participante.

Análise e tratamento dos dados

As entrevistas tiveram uma duração média de dez minutos e seis segundos, variando entre cinco minutos e vinte minutos e trinta e cinco segundos. Foram conduzidas por um grupo de enfermeiras pesquisadoras com experiência na temática, incluindo as duas primeiras autoras deste estudo, que não conheciam ou possuíam contato prévio com os participantes. As entrevistas foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra pela primeira autora deste estudo. Após a transcrição, as entrevistas foram submetidas à análise temática dedutiva⁽¹⁵⁾, sob a ótica do Modelo de Resiliência, Estresse, Ajustamento e Adaptação Familiar⁽¹⁰⁾.

Para organizar, codificar os dados, verificar a concordância entre codificadores e apoiar na análise, utilizou-se o software MAXQDA®, versão 20.2.1⁽¹⁶⁾. Visando garantir o anonimato das participantes, as entrevistas foram identificadas de acordo com o grau de parentesco com a criança, sendo “M” para “mãe”, seguido do número de ordem da realização da entrevista, por exemplo: M24. Optou-se pela padronização do termo “meu filho” para anonimizar os nomes das crianças mencionados durante as entrevistas.

Inicialmente, foram definidos códigos baseando-se em seis componentes do referencial teórico: demandas familiares e recursos familiares, apreciação familiar, suporte social, vulnerabilidades, estratégias de coping e resolução de problemas⁽¹⁰⁾. Para este artigo, os códigos utilizados referiam-se às Demandas e Recursos familiares, definidos conforme o referencial teórico e o objetivo da investigação. Demandas foram entendidas como situações vivenciadas pelas famílias que podem causar estresse e acumular tensões, aumentando a fragilidade do sistema familiar e dificultando o processo de adaptação e enfrentamento desses momentos pela família⁽¹⁰⁾. Já os Recursos referem-se à capacidade da família de enfrentar o evento estressor e lidar com suas demandas, podendo ser internos aos cuidadores ou externos a eles⁽¹⁰⁾.

Duas pesquisadoras, uma deste estudo e uma pesquisadora com experiência na temática, realizaram a codificação de três entrevistas simultaneamente, selecionando os fragmentos de texto relevantes para os códigos previamente definidos. As codificações foram posteriormente comparadas pelas codificadoras, juntamente com outra pesquisadora deste estudo, para verificar a necessidade de refinamento dos códigos e alinhamento na aplicação. Após essa etapa, conduziu-se uma nova rodada de codificação independente, resultando em um índice Kappa de 0,83 para a concordância entre codificadores. As demais entrevistas foram codificadas exclusivamente pela pesquisadora principal, e as dúvidas foram discutidas para chegar a um consenso final.

Aspectos éticos

A pesquisa seguiu as normativas estabelecidas pelas Resoluções 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde^(17,18), sendo executada somente após receber aprovação do Comitê de Ética da instituiçãoponente, consoante ao parecer de número CAAE: 37059020300005149.

RESULTADOS

Caracterização das Participantes

A idade das participantes variou de 16 a 40 anos, com uma mediana de 29 anos. Das participantes, 16 (72,7%) não residiam na cidade onde a criança estava internada. Em relação ao estado civil, 13 (59,0%) viviam com um parceiro, sendo oito em união estável, cinco casadas e nove (41%) solteiras. A maior parte das participantes possuía entre 11 a 13 anos de estudo (54,5%), seguida por

aqueles com oito a dez anos de estudo (22,7%), 15 anos ou mais de estudo (18,1%) e, por último, de um a sete anos de estudo (4,5%). Sobre a renda familiar mensal, três participantes informaram não saber qual era a renda familiar, cinco disseram ter uma renda de um salário-mínimo e as demais declararam possuir renda familiar acima de um salário-mínimo, sendo a maior renda declarada de quatro salários-mínimos. Um total de 21 participantes seguiam uma religião (95,45%).

A idade gestacional no nascimento das crianças variou de 26 semanas a 31 semanas e quatro dias. A mãe foi identificada como a principal cuidadora da criança em 20 (90,9%) dos casos; em duas famílias, as participantes consideraram que tanto a mãe quanto o pai eram os principais cuidadores (9,09%). Todas as crianças estavam sendo acompanhadas por algum serviço de saúde no momento da entrevista.

Categorias Analíticas

A análise dos dados para atender ao objetivo desta pesquisa foi realizada sob duas categorias: Demandas de cuidado das crianças prematuras após a alta hospitalar; Recursos da família para o cuidado à criança prematura após a alta hospitalar^(1,2). Ressalta-se que as experiências vividas pelas famílias, que compõem as categorias, estão interligadas por um processo complexo de interação. Essas categorias estão correlacionadas, demonstrando a organização familiar para adaptação ao cuidado domiciliar de uma criança prematura.

Demandas de crianças prematuras após a alta hospitalar

As demandas apresentadas por crianças nascidas prematuramente após a alta hospitalar são determinadas por sua condição de risco e, assim, relacionam-se a situações que visam a manutenção de sua saúde e bem-estar. As participantes reportaram demandas por cuidados com o ambiente domiciliar e a redução do convívio social para minimizar os riscos de adoecimento, vigilância constante para prevenir problemas como engasgos e aspiração pulmonar, a necessidade de cuidado contínuo para assegurar o atendimento às necessidades de conforto, segurança e alimentação, disponibilidade de tempo para consultas de saúde e aquisição de produtos específicos para o cuidado.

Apesar das demandas apresentadas por crianças prematuras serem semelhantes às de crianças sem risco, os depoimentos das participantes possibilitam identificar distinções entre essas duas situações. A intensidade das

demandas foi destacada pelo uso de expressões como "muito cuidado" (M63), "toda hora ter alguém perto dela" (M20), "tem mais médico" (M63). Além disso, as demandas também se diferenciam pelas repercussões da experiência de internação e da gravidade da condição da criança ao nascer. Isso é evidenciado por declarações como "a gente tem muito medo dela voltar pro hospital" (M63) e "a gente fica preocupado" (M20). Na Figura 2, são apresentadas as informações que compõem a categoria e fragmentos selecionados de discursos para exemplificá-las.

Recursos utilizados pela família para o cuidado à criança nascida prematura após a alta hospitalar

Esta categoria apresenta os recursos que auxiliaram a família no gerenciamento dos cuidados de uma criança prematura em casa. Os recursos identificados baseiam-se tanto na capacidade dos próprios cuidadores quanto em apoios externos, sendo reconhecidos pela sua presença ou ausência.

Entre os recursos dos próprios cuidadores, foram identificados: a espiritualidade, a capacidade de reorganizar a rotina para o cuidado da criança e os recursos financeiros. Por outro lado, os recursos externos incluem o apoio da família e de seus membros individualmente, bem como o acompanhamento realizado por instituições de saúde. Além disso, o acesso aos serviços de saúde, semelhante aos recursos financeiros, foi destacado pela sua ausência na realidade de algumas famílias.

Observa-se que esses recursos contribuíram para aumentar a segurança materna no cuidado ao permitir, por exemplo, que através da espiritualidade, a mãe acredite que sua força não é interna, mas sim divina (M118). A família ampliada e seus membros representaram uma fonte de apoio prático, tanto nos cuidados diretos com a criança quanto nas demais tarefas domésticas. Isso contribuiu para que as mulheres se sentissem capacitadas a cuidar, conforme ilustram os relatos: "ela [minha cunhada] está até em casa hoje me ajudando, arrumando a casa e minha mãe me ajuda a lavar roupa" (M112), "minha mãe foi me mostrando como fazer" (M168), "Ele [compaheiro] faz a higienização da bolsa quando eu não faço" (M63).

A habilidade das mães em reorganizar suas rotinas emergiu como um recurso crucial, possibilitando-lhes se manterem como principais cuidadoras. Para isso, as mulheres alteraram seus hábitos de alimentação, repouso e atividades domésticas, algumas chegando a se desvincular de seus empregos para se adaptarem à nova rotina,

Figura 2 - Categoria - Demandas de cuidado das crianças prematuras após a alta hospitalar

Demandas dos prematuros para as famílias	Exemplos de Enunciados
Cuidados com a higiene do ambiente domiciliar	<i>A gente tem muito medo dela pegar infecção, pegar bactéria novamente, então a gente tem muito cuidado com isso. Com a higienização da casa, limpeza, tudo assim em prol dela não adoecer, porque a gente tem muito medo dela voltar pro hospital, internar (M63).</i>
Vigilância constante para prevenir situações como engasgos e aspirações pulmonares	<i>Eu estava tranquila até ela começar a engasgar, né? Então a gente fica preocupado e tem que toda hora ter alguém perto dela (M20). Primeiro eu não consigo dar ela sósinha, preciso de alguém, tem que ser de duas pessoas (...) e é com uma colherzinha, que uma pessoa segura a colher e a outra vai com uma seringa colocando aos poucos, mas não mais as outras vitaminas é só colocar na seringa (...) e dar na boquinha, essa daí é mais difícil que ela é mais viscosa e ela cospe (...) ela toda, ou pode acontecer dela engasgar (M16).</i>
Disponibilidade de tempo para comparecer aos atendimentos de saúde	<i>O impacto... Acho que os cuidados mesmo, que demanda muito cuidado, e a rotina né? De médico, de hospital mesmo, de posto, de clínica, porque o bebê prematuro, ele tem mais médico, mais controle, né? Tem controle pra quase tudo, então eu acho que demanda mais tempo da gente, né? Eu acho que isso no dia a dia (M63). [O serviço de saúde] Fica longe de casa, então gasta um tempo grande para chegar (M16).</i>
Necessidade de cuidado contínuo	<i>Eu vim para casa eu que tinha que cuidar dela, não tinha tempo para dormir, não tinha tempo para nada, então sossego eu já não ia ter, tranquilidade, por que era sono demais, aquele, aquela correria do dia-a-dia para dar conta dela, então faltou o leite, faltou a amamentação que eu sei que ela precisa (M151). [...] às vezes tem que acordar demais, aí a gente fica morrendo de sono, e a nenhé quem mamar, mamar, mamar (risos) (M168). As vezes quando o "meu filho" não dorme eu não consigo comer não, almoçar não (M112).</i>
Menor contato social	<i>Assim o impacto maior foram os cuidados, né. Que muita gente não entende, o fato de não poder receber grande quantidade de visitas, de não poder sair com o bebê de casa para qualquer lugar (M116). O fato de tipo assim o pediatra pediu para ela permanecer em casa o máximo possível e ela tem que ficar dentro de casa e eu também tenho que ficar com ela, só que tem dias que a gente tem que sair para resolver alguma coisa, aí é a maior dificuldade tanto faz para mim quanto para minha família em geral, é ter que ficar resguardado em casa (M151).</i>
Aumento de despesas e aquisição de produtos para o cuidado	<i>Tudo porque assim um filho é bom, mas dá muito gasto, é fralda e lenço umedecido, é tanta coisa e quando começa acabar a cabeça da mãe já fica a mil né, nossa vai faltar isso, vai faltar aquilo (M118).</i>

Fonte: Dados da pesquisa

Figura 3 - Categoria - Recursos utilizados pela família no cuidado ao prematuro

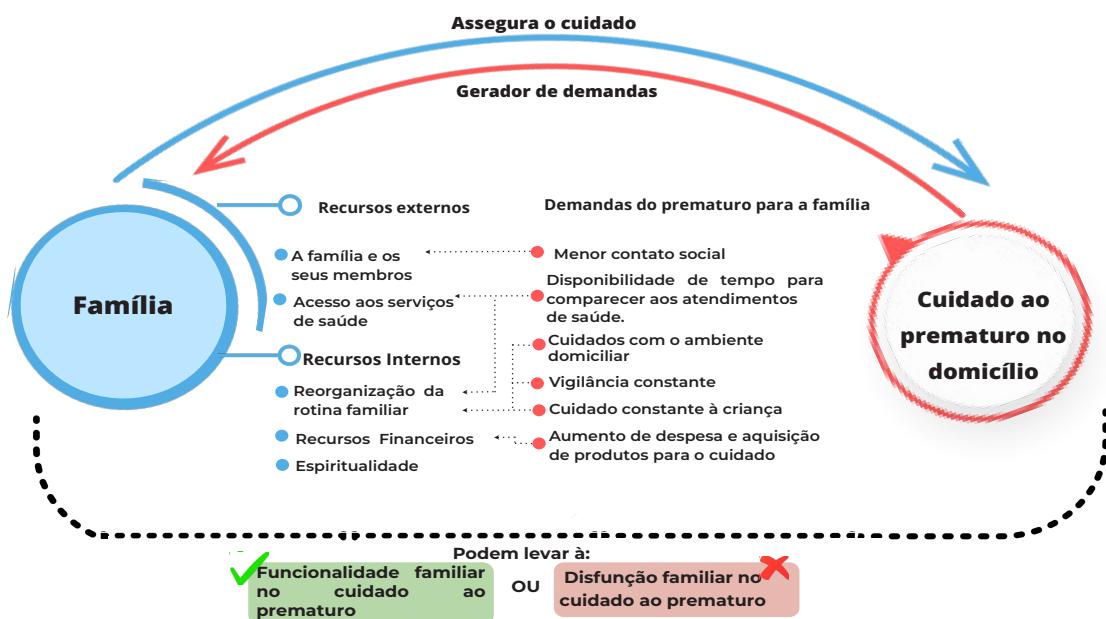
Recursos utilizados pela família	Exemplos de Enunciados
Espiritualidade	<i>O primeiro impacto é uma frustração que fica aquela gravidez romântica para trás. Passada a frustração é um medo, medo de perder seu bebê, ai você começa a orar, a rezar, pedir a Deus sem parar, você alimenta muito sua fé, porque só Deus pode reverter essa situação (M63). Eu aprendi que assim a gente é forte sim, por passar, para passar por qualquer situação, mesmo achando que a gente não é capaz que a gente não vai conseguir, a gente é forte sim, que a força não vem da gente, a força vem de Deus (...) E aprendi a ter mais fé em Deus, porque quando a gente fica com o filho no hospital se a gente perde a fé a gente não consegue ficar não, a fé tem que ser o principal (M118). Todo mundo lá na minha família tá orando, dando força, graças a Deus, que ela nasceu pequeninha, mas assim agora graças a Deus desenvolveu bem, que falam que ela desenvolveu bastante (M149).</i>
Reorganização da rotina familiar	<i>Porque eles têm o horário deles acordar mesmo e se eu acordo junto com eles não dá tempo de fazer o serviço de casa, né igual tem que levantar mais cedo, para fazer o serviço de casa para na hora que eles acordarem o tempo ser deles, né aí é assim (M184). Agora nesse momento, eu estou dedicada à "minha filha". Minha licença maternidade já até acabou, mas eu já resolvi na empresa, né? Eu já pedi demissão, pra poder dedicar à ela porque eu sei que ela precisa de mim nesses primeiros meses de vida dela, talvez até o primeiro ano de vida dela. Ela, né, demanda mais cuidados, né? E, mas hoje assim, tudo tem horário (M63). (...) eu parei de trabalhar assim que entrei, eu estava trabalhando aqui na minha casa mesmo, mas só que eu não vou voltar agora não, vou cuidar de deles mais um tempo (M160).</i>
Financeiros	<i>O desafio é que eu queria estar trabalhando para comprar tudo que ele precisa, (...) principalmente quando a gente está correndo atrás de emprego e não consegue, às vezes minha cabeça fica até cheia por causa disso, que eu vejo as coisas dele acabando e não estou trabalhando, é só meu pai e ele ganha pouco (M118). O pai do "meu filho" não estava querendo ajudar com nada, entendeu? assim as vezes nem perguntava por ele nem nada, mas agora as coisas estão acertando Graças a Deus, ele disse que vai ajudar, depositar o dinheiro do "meu filho", (...) fica difícil ter que esperar esse tempo todo, porque as coisas do menino acabam, né (M118).</i>
A família e seus membros individualmente	<i>Não aqui na cidade não, mas minha cunhada veio me ajudar, eu falei né? ela está até em casa hoje me ajudando, arrumar a casa e minha mãe me ajuda lavando roupa. Aí me ajuda muito (M112). Tranquilo, deu certo medo nos primeiros dias, mas estou mais confiante agora. A minha família me ajuda bastante e isso faz diferença (M25). Ah não, é só nós mesmo, meu marido, eu e minha filha, entendeu? As vezes assim se precisar sair assim entendeu aí as tias entram, ou a vó fica com um quando não dá para levar, sabe, né (M184). Procurei a minha mãe, a minha mãe foi me mostrando como que faz, ai eu comecei a reparar minha mãe dando banho nela, ai eu vi o jeito que minha mãe pegava, ai eu falei assim mãe agora eu vou dar banho nela, vou tentar hoje dar banho nela, aí eu peguei ela direitinho e dei banho, aí minha mãe ainda falou assim uai, ai eu falei assim a gente olhando a gente aprende (risos) (M168). Quando eu preciso sair, às vezes eu combino com o pai dela, e o pai dela olha. (...) a gente se entende assim, a gente divide bem as tarefas, porque ele é muito dedicado, troca a bolsa, né? Ele faz a higienização da bolsa quando eu não faço, então tá bem dividido (M63).</i>
Acesso, dificuldade ou falta ao serviço de saúde	<i>Ela está sendo bem acompanhada, tanto no hospital como no posto (...) Eles ensinam como a gente deve lidar, como deve proceder e cuidar dela mais né. As informações ajudam muito (M116). Tenho, lá no posto de saúde né eles dão orientação, né pergunta se está precisando de alguma coisa, no dia que precisar pode procurar (...) é a ajuda que a gente tem. (M184). Porque no caso teria que procurar um médico, neurologista, mas por enquanto tem jeito não, ele pequeno assim é complicado que na minha cidade não tem, tem que ir para fora. E o sono, né vai acumulando aí ela dói, aí dói a minha cabeça e o estômago (M112). Na [instituição de saúde] é difícil. Apesar de ter o carro, eles não vêm buscar. Fica longe de casa, é perto do meu trabalho, então gasta um tempo grande para chegar (M16).</i>

Fonte: Dados da pesquisa

evidenciando a profundidade das mudanças requeridas neste contexto de cuidado. Quando mencionados pelos participantes, os recursos financeiros foram apontados pela sua ausência para suprir as demandas de cuidado das crianças. Estes recursos são fundamentais para que a família possa adquirir produtos de cuidado infantil e manter o acompanhamento de saúde recomendado.

No tocante aos serviços de saúde, os depoimentos destacam o acesso, a dificuldade de acesso e a falta de acesso a esse recurso essencial. É importante ressaltar que, embora nem todas as participantes tenham referido o acesso aos serviços de saúde como um recurso, os dados sociodemográficos da família indicam que todas as

Figura 1 - Demandas e recursos para o cuidado ao prematuro no domicílio.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

DISCUSSÃO

Este estudo possibilitou examinar as demandas e os recursos utilizados pelas famílias de crianças nascidas prematuras para o cuidado domiciliar, sob a perspectiva materna, e confirmou o pressuposto de que, com a chegada da criança ao domicílio, ocorrem mudanças no funcionamento familiar para viabilizar o cuidado. Identificou-se uma estreita relação entre as demandas requeridas para os cuidados e os tipos de recursos mobilizados pela família. Foram apresentados diferentes recursos, tanto internos quanto externos, essenciais para manejar as demandas provenientes do prematuro e necessários para assegurar o cuidado após a alta hospitalar. Situações consideradas estressoras, como o cuidado domiciliar a uma criança prematura, exigem que a família lide e se organize diante das novas demandas. A existência

crianças tinham algum tipo de atendimento, sendo que 10 eram acompanhadas em ambulatório especializado e atenção básica, 7 apenas na atenção básica e 11 exclusivamente em ambulatórios especializados. Todavia, foi a falta de acesso que se sobressaiu nos discursos maternos. Na Tabela 3, são apresentadas as informações que compõem a categoria, juntamente com fragmentos de discursos selecionados para exemplificação.

Figura 4 apresenta uma síntese esquemática das informações que fundamentaram a conformação das categorias.

Figura 1 - Demandas e recursos para o cuidado ao prematuro no domicílio.

de recursos para lidar com a situação estressora permite que as famílias experimentem menos sofrimento e um ajuste familiar mais positivo⁽¹⁰⁾.

Os dados desta pesquisa indicam que as principais demandas apontadas pelas mães são a vigilância constante e a necessidade de cuidado contínuo à criança prematura. Essa percepção pode decorrer da avaliação que a família faz da criança no primeiro mês após a alta hospitalar, período em que ainda conferem maior destaque à fragilidade e à necessidade de cuidados constantes. Esses dados reforçam a importância de considerar a família como protagonista do cuidado desde a internação na UTI Neonatal, oferecendo suporte para que lidem com os medos e as inseguranças e desenvolvam habilidades para realizar o cuidado no domicílio após a alta hospitalar^(19,20).

Fica evidente que a demanda por cuidados ao prematuro existe e exige maior dedicação, atenção e tempo dos cuidadores. A disponibilidade de tempo é mencionada nos discursos como uma demanda para comparecer aos múltiplos atendimentos de saúde para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança ou alguma condição específica de saúde. A maioria das famílias não residia na cidade onde a criança foi internada e, para o acompanhamento em ambulatórios especializados, as mães precisavam realizar um deslocamento intermunicipal, o que exigia os recursos de tempo e reorganização da rotina familiar para viabilizar a presença da criança nestes espaços de acompanhamento à saúde. Evidências apontam para esforços maternos contínuos, envolvendo tempo e reorganização da rotina, visando a continuidade do cuidado à criança^(12,21).

Além do tempo, a literatura aponta a necessidade de recursos financeiros para o deslocamento até os serviços de saúde⁽²²⁾, seja para transporte ou alimentação. Este estudo não destacou a necessidade desse recurso para o transporte, o que pode ser explicado pela disponibilização de transporte pelas secretarias de saúde municipais, evitando assim que a família absorva esse custo. O aumento da demanda econômica relacionada ao custo social do tratamento e da recuperação da criança prematura é uma questão que merece atenção por parte dos profissionais de saúde, que devem identificar precocemente os contextos de vida que colocam em risco o cuidado à criança nascida prematura por sua família, percebendo esta identificação como desencadeadora da mobilização de outros recursos externos à família⁽²⁰⁾.

Adicionalmente às demandas de cuidado diretamente dirigidas à criança, existe a demanda de cuidado com a higiene do ambiente domiciliar, dada a suscetibilidade ao adoecimento da criança prematura. Assim, as mães precisam reorganizar a rotina familiar para também incorporar cuidados com os ambientes que a criança ocupa. Os afazeres domésticos, somados às demandas de cuidado à criança nascida pré-termo e de cuidado com outros filhos⁽²³⁾, além do atendimento à saúde⁽²²⁾, contribuem para a sobrecarga materna⁽²⁴⁾. Para lidar com esta sobrecarga, as mães podem recorrer a recursos, sejam eles internos ou externos. Na presente investigação, os recursos internos, ou seja, aqueles relacionados às próprias participantes, foram mencionados por elas. A espiritualidade é um exemplo desses recursos internos que, para as mães deste estudo, proporcionou esperança e gerou força para suprir as necessidades do filho prematuro. À semelhança de outros estudos, este recurso foi empregado pelas mulheres como fonte de conforto⁽²⁴⁾, e o controle

interno sobre seus sentimentos, permitindo-lhes enfrentar melhor a situação de crise⁽²⁵⁾.

Quanto aos recursos externos para o cuidado com o prematuro, os membros da família destacaram-se, sendo as principais fontes de apoio mencionadas pelas participantes pessoas com quem mantêm laços fortes, incluindo-se a avó materna e o companheiro^(22,26). Destaca-se novamente que a maioria das mães não morava na cidade onde a criança estava internada, o que pode comprometer a mobilização de sua rede de apoio durante a internação da criança. Com o retorno para casa e a redução do contato social para proteger a criança, a rede de apoio tende a distanciar-se, limitando-se às pessoas que residem no mesmo domicílio, o que pode explicar a preferência por menos contato social expressa nos discursos maternos.

O acesso aos serviços de saúde foi identificado como um recurso importante para o cuidado, sobretudo por ser fonte de informações relevantes para a continuidade do mesmo em domicílio. A internação prolongada do bebê prematuro fortaleceu o vínculo das participantes com a equipe multiprofissional da maternidade. Entretanto, o mesmo não se observou em relação à equipe do ambulatório de seguimento, possivelmente porque a coleta de dados foi realizada no primeiro mês após a alta da criança.

Na análise dos dados, os recursos familiares relacionados ao acesso a serviços de saúde foram identificados principalmente através da ausência desse acesso, conforme referido pelas participantes, e não por sua disponibilidade. Esta percepção parece ser decorrente do primeiro mês após a alta hospitalar, período no qual o foco das famílias está nas questões práticas do cotidiano do cuidado. Considerando que, para a maioria das famílias estudadas, o acesso ao serviço já estava estabelecido por meio do ambulatório de seguimento da instituição onde a criança nasceu, este aspecto pode ter sido mencionado por participantes preocupadas com o risco de perder esse acesso. Os motivos para o comprometimento do acesso aos serviços de saúde estão associados à fragilidade da rede pública em fornecer o atendimento necessário.

Estudos ressaltam inúmeros desafios para o seguimento do cuidado da criança prematura na atenção primária à saúde, relacionados principalmente à inexistência de programas de transição do hospital para o domicílio, que planejem antecipadamente o fluxo assistencial da criança e da família dentro da rede de atenção à saúde^(27,28). Ademais, a falta de comunicação entre os setores de alta e baixa complexidade resulta em lacunas no cuidado, que não é pensado de forma integral e integrada⁽²⁷⁾. No ambiente domiciliar, é essencial que exista

um fluxo de atendimento à saúde bem estabelecido para a criança prematura, a fim de favorecer o reconhecimento precoce de situações de risco e o manejo de possíveis agravamentos de saúde⁽²⁷⁾.

Os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem incentivar a presença materna e sua participação nos cuidados com a criança desde a admissão hospitalar, pois isso impacta nos cuidados domiciliares⁽²⁹⁾. O enfermeiro deve ser capaz de ajudar as famílias a identificar membros de sua rede de apoio, reconhecer situações de risco, realizar consultas de escuta ativa e proporcionar orientações. Além disso, é fundamental demonstrar e ensinar os cuidados com a criança conforme as dúvidas apresentadas pela família. Após a alta hospitalar, o enfermeiro pode implementar ações que promovam a adaptação familiar ao cuidado com a criança prematura, como a criação de um suporte prático e emocional, fornecimento de orientações sobre as demandas de cuidado no domicílio, auxílio na identificação dos recursos disponíveis e na busca por recursos indisponíveis e acolhimento das preocupações familiares.

Os resultados deste estudo evidenciam correlações entre as demandas identificadas pelas participantes e os recursos utilizados para atendê-las. Dentre os exemplos, tem-se a demanda por cuidado contínuo, viabilizada pela participação da família e reorganização do cuidado, e a demanda por atendimentos em saúde, facilitada ou comprometida pela condição de acesso aos serviços de saúde. As demandas para as quais não foi possível garantir atendimento por meio dos recursos disponíveis são majoritariamente determinadas pelas condições de vida dos participantes, conforme evidenciado por sua situação socioeconômica.

Os dados reforçam a afirmação de que o estabelecimento do cuidado domiciliar para uma criança nascida prematura exige adaptação da família, demonstrada pela reorganização da rotina e pela mobilização de membros da família no cuidado. Mudanças fazem parte do processo de adaptação familiar, seja no ambiente, no cotidiano ou nas relações familiares. Para que a família se adapte a essas mudanças, é necessário equilibrar as demandas e os recursos familiares⁽¹⁰⁾. Desequilíbrios entre essas dimensões indicam possíveis disfunções na organização familiar e podem comprometer o cuidado com a criança no ambiente domiciliar. Essas informações destacam a importância de os profissionais reconhecerem e potencializarem os recursos disponíveis, a fim de atender às múltiplas demandas do prematuro, favorecendo a adaptação e o funcionamento familiar no novo contexto de cuidados.

CONCLUSÃO

As demandas familiares requerem esforços substanciais para serem atendidas, o que pode incrementar a tensão familiar e acarretar alterações no cotidiano. No entanto, o emprego de recursos, tanto internos quanto externos às famílias, desempenha um papel crucial no enfrentamento dessas circunstâncias. Na prática, o reconhecimento dessas demandas pelos profissionais facilita a orientação de ações voltadas para a identificação e aproveitamento dos recursos familiares, visando à adaptação das famílias.

Portanto, recomenda-se que os enfermeiros incentivem e apoiem as famílias de crianças nascidas prematuramente na identificação de suas redes de apoio, ofereçam informações claras e objetivas sobre os cuidados necessários com a criança, realizem escutas qualificadas para melhor compreender as necessidades dos cuidadores, preparem os cuidadores para gerenciarem os cuidados no ambiente domiciliar e, quando necessário, para um acompanhamento e suporte mais eficazes à família, mobilizem a rede de atenção à saúde.

Destaca-se como limitação deste estudo a ausência de participação de outros membros da família, os quais poderiam oferecer perspectivas complementares. Futuras investigações deveriam incluir outros membros da família e da equipe de saúde, a fim de enriquecer a compreensão da temática.

REFERÊNCIAS

1. Safiri S, Karamzad N, Kaufman JS, Bell AW, Nejadghaderi SA, SullWorld Health Organization. Preterm birth. Geneva: WHO; 2018[citado em 2023 jan. 30]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
2. Younge N, Goldstein RF, Bann CM, Hintz SR, Patel RM, Smith PB, et al. Survival and neurodevelopmental outcomes among periviable infants. *N Engl J Med* [Internet]. 2017 [citado em 2023 jan. 30];376(7):617-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1605566>
3. Petty J, Whiting L, Green J, Fowler C. Parents' views on preparation to care for extremely premature infants at home. *Nurs Child Young People* [Internet]. 2018 [citado em 2023 jan. 30];30(4):22-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp.2018.e1084>
4. Tavares TS, Duarte ED, Sena RR. Social rights of children with chronic conditions: a critical analysis of Brazilian public policies. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [citado em 2023 jan. 30];21(4):87-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0382>
5. Vieira CS, Toso BR, Gaíva MA, Carvalho AS, Bugs BM. Estresse materno e competência parental para o cuidado. *CIAIQ* [Internet]. 2018 [citado em 2023 jan. 30];2(1):54-68. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1764>
6. Nannabati M, Hemati1 Z, Taleghani1 F, Sadeghnia A. Home-based care needs of preterm infants discharged early from the neonatal

- intensive care unit: a descriptive qualitative study. *Iran J Neonatol* [Internet]. 2017[citado em 2023 jan. 30];8(4):74-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22038/ijn.2017.21890.1253>
7. Lyne H, Burgoine K, Ogara C, Ditai J, Gladstone M. They said, let's teach you how you are going to care for the child at home: caregivers and healthcare worker's perceptions and experiences of post-discharge preterm care in eastern Uganda. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022[citado em 2023 fev. 10];22(1):1521. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08894-3>
8. Felizardo MJA, Henriques NL, Silva JB, Macêdo MML, Charepe ZB, Duarte ED. Vivências das famílias no cuidado aos recém-nascidos prematuros no domicílio: revisão sistemática qualitativa. *Rev Enferm Centro-Oeste Min* [Internet]. 2020[citado em 2023 fev. 10];10:e3906. Disponível em: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3906>
9. Rowe-Kaakinen J, Padgett-Coehlo D, Steele R. Family health care Nursing. 4^a ed. Philadelphia: FA Davis; 2009.
10. Mccubbin MA, Mccubbin HI. Families Coping with illness: the resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In: Danielson C, Hamel-Bissell B, Winstead-Fry P. Families, health and illness: perspectives on coping and intervention. Missouri: Mosby; 1993.
11. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021[citado em 2023 fev. 23];34(5):02631. Disponível: <http://dx.doi.org/10.37689/actape/2021AO02631>
12. Nascimento JS. Adaptação familiar à prematuridade durante a internação na unidade de terapia intensiva neonatal e ao longo do primeiro ano após a alta hospitalar [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. 44 p.
13. Kaakinen JR, Coehlo DP, Steele R, Robinson M. Family health care nursing: theory, practice, and research. 6th edição. Philadelphia: FADavis; 2018. p.574.
14. Ministério da Saúde (BR). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica para a organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, Ministério da Saúde; 2021[citado em 2023 fev. 23]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374>
15. Braun V, Clarke V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qual Res Psychol* [Internet]. 2020[citado em 2023 mar. 2];18(3):328-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
16. Software Verbi MaxQda 2020 [Computer software]. Berlin: VERBI Software; 2020[citado em 2023 mar. 4]. Disponível em: <http://www.maxqda.com>
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União; 2012. [citado em 2023 mar. 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/reso466_12_12_2012.html
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Brasília: Diário Oficial da União; 2016. [citado em 2023 mar. 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html
19. Cunha AF, Brandão MB, Gontijo AP, Miranda DM, Mambrini JV, Mancini MC. Parental priorities in the home care of preterm and full term newborns. *Early Hum Dev* [Internet]. 2022[citado em 2023 maio 23];173(1):105658. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhundev.2022.105658>
20. Mendes CQS, Mandetta MA, Tsunemi MH, Balieiro MMFG. Cross-cultural adaptation of the Preterm Parenting & Selfefficacy Checklist. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019[citado em 2023 mar. 18];72(3):274-81. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0658>
21. Schuler C, Waldboth V, Ntow GE, Agbozo F. Experiences of families and health professionals along the care continuum for low-birth weight neonates: a constructivist grounded theory study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2023[citado em 2023 mar. 15]. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jan.15566>
22. Bernardino FB, Silva EF, Silva RA, Mufato LF, Viera CS, Gaíva MA. Experience of family members in the care of preterm newborns discharged from a neonatal intensive care unit. *Rev Rene* [Internet]. 2022[citado em 2023 mar. 8];23(1):80705. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20222380705>
23. Rocha DS, Pismel TR, Lago RR, Bessa AR. Maternal perceptions about the care of the premature newborn. *Braz J Dev* [Internet]. 2021[citado em 2023 mar. 12];7(10):98419-32. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n10-249>
24. Akkus PZ, Bahtiyar-Saygancı B. Do preterm babies sleep differently than their peers? Sleep characteristics and their associations with maternal depression and parenting stress. *Sleep Med* [Internet]. 2022[citado em 2023 mar. 12];90:109-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sleep.2022.01.012>
25. Nascimento ST, Cedraz AM, Souza SL, Whitaker MC. Percepção da prematuridade por familiares na unidade neonatal: estudo transcultural. *Rev Cuid* [Internet]. 2022[citado em 2023 mar. 23];13(1):1043. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1043>
26. Almeida LI, Ramos SB, Figueiredo GL. Support and social network in the urban context: perceptions of mothers of premature children. *Aletheia* [Internet]. 2019[citado em 2023 mar. 23];52(1):22-37. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1043>
27. Silva RMM, Mello DF. Quality of follow-up of preterm infants in the Primary Health Care network: "Qualipreterm" guide. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2022[citado em 2024 maio 20];75:e20220241. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0241>
28. Silva RMM, Zilly A, Nonose ERS, Fonseca LMM, Mello DF. Care opportunities for premature infants: home visits and telephone support. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2020[citado em 2024 maio 2];28:e3308. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
29. Ramalho ELR, Nóbrega VM, Mororó DDS, Pinto JTJM, Cabral CHK, Collet N. Nurse's performance in the hospital discharge process of children with chronic disease. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2022[citado em 2024 maio 2];43:e20210182. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210182.en>
30. em 2023 set. 15];1(1):192-202. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/7974/5165>
31. Nascimento RG, Santos ZLN, Cardoso RO. Desempenho de indicadores abdominal e risco cardiovascular de idoso atendido na rede básica de saúde do município de Belém – PA. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* [Internet]. 2014[citado em 2023 set. 15];11(2):119-30. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/3404>
32. Grant JF, Chittleborough CR, Shi Z, Taylor AW. The association between a body shape index and mortality: Results from an Australian cohort. *PLoS One* [Internet]. 2017[citado em 2023 set. 15];12(7):e0181244. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181244>
33. Tonaco LAB. Conhecimento, tratamento e controle de Diabetes Mellitus na população brasileira, seus fatores de risco e desempenho diagnóstico de medidas antropométricas [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2022[citado em 2023 set. 15]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/49135>
34. Fontanelli MDM, Teixeira JA, Sales CH, Castro MA, Cesar CLG, Alves MCGP et al. Validation of self-reported diabetes in a representative sample of São Paulo city. *Rev Saúde Pública* [Internet].

- 2017[citado em 2023 set. 15];51:20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006378>
35. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2013[citado em 2023 set. 15]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/liv94074.pdf>
36. Mbanya VN, Kengne AP, Mbanya JC, Akhtar H. Body mass index, waist circumference, hip circumference, waist-hip-ratio and waist-height-ratio: Which is the better discriminator of prevalent screen-detected diabetes in a Cameroonian population?. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2015[citado em 2023 set. 15];108(1):23-30. Disponível em: [https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(15\)00052-2/fulltext](https://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(15)00052-2/fulltext)
37. Ashwell M, Gunn P, Gibson S. Waist-to-height ratio is a better screening tool than waist circumference and BMI for adult cardiometabolic risk factors: systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews* [Internet]. 2012[citado em 2023 set. 15];13(3):275-86. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22106927/>
38. Basra SP, Khan SS, Kandula NR, Kanaya AM, Shah NS. Body mass index in young adulthood and mid-life cardiovascular risk factors in South Asian American adults: The MASALA study. *Indian Heart J* [Internet]. 2023[citado em 2023 set. 15];75(2):153-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10123423/>
39. Wang J, Thornton JC, Bari S, Williamson B, Gallagher D, Heymsfield SB, et al. Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2003[citado em 2023 set. 15]; 77(2):379-84. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12540397/>
40. Menezes TN, Rochaa FL, Belém PLO, Pedraza PL. Obesidade abdominal: revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014[citado em 2023 set. 15];19(06):741-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.15012013>
41. Vasques AC, Rosado L, Rosado G, Ribeiro RDC, Franceschini S, Geloneze B. Indicadores antropométricos de resistencia a la insulina. *Arg Bras Cardiol* [Internet]. 2010[citado em 2023 set. 15];95:e14-e23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/CdhY8QYY7zCKNb9G9BFHpCc/?lang=es&format=html>
42. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998[citado em 2023 set. 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>
43. Li Y, Gui J, Liu H, Guo LL, Li J, Lei Y, et al. Predicting metabolic syndrome by obesity and lipid-related indices in mid-aged and elderly Chinese: a population-based cross-sectional study. *Front Endocrinol* [Internet]. 2023[citado em 2023 out. 23];14:1201132. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10419183/>
44. Corrêa MM, Tomasi E, Thumé E, Oliveira ERAD, Facchini LA. Razão cintura-estatura como marcador antropométrico de excesso de peso