

CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA PREMATURA: METASSUMARIZAÇÃO SISTEMÁTICA QUALITATIVA

FAMILY CARE OF THE PREMATURE INFANT: QUALITATIVE SYSTEMATIC METASUMMARIZATION

ATENCIÓN FAMILIAR A LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS: METASÍNTESIS SISTEMÁTICA CUALITATIVA

Fernanda Kelle Rodrigues Gregorio¹João Cruz Neto²Maria Raísa Pereira da Costa³Joseph Dimas de Oliveira⁴Maria de Fátima Esmeraldo Figueiredo⁵Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz⁶Cinthia Gondim Pereira Calou⁷

¹ Enfermeira. Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8029-9740>. E-mail: nandakelle22@gmail.com. URL Lattes: <https://lattes.cnpq.br/9022353521926164>

² Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. Redenção, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0972-2988>. E-mail: enfjncruz@gmail.com. URL Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1549629959102842>

³ Enfermeira. Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7230-7605>. E-mail: raisabottelho@hotmail.com. URL Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5859527394338050>

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8105-4286>. E-mail: joseph.oliveira@urca.br. URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4646889847187266>

⁵ Enfermeira. Mestre em Educação. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3679-3036>. E-mail: faef2129@hotmail.com. URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1528995818839769>

⁶ Enfermeira. Doutora em saúde materno infantil. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4596-313X>. E-mail: rachel.barreto@urca.br. URL Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5656221323124299>

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3488-6965>. E-mail: cinthiacalou@hotmail.com. URL Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2494645198162452>

Autor correspondente

Joseph Dimas de Oliveira

E-mail: joseph.oliveira@urca.br

Endereço: Coronel Antônio Luiz, 1161 – Pimenta, Crato, Ceará, Brasil. CEP: 63105-000. Contato: +55(88) 3102-1204.

Submissão: 06/01/2023

Aprovado: 08/02/2023

RESUMO

Objetivo: sumarizar evidências sobre aspectos da vivência familiar ao recém-nascido prematuro.**Método:** Metassumarização com qualitativos de 2005 a 2017 após consulta em quatro bases de dados: MEDLINE, LILACS, BDNF e IBICS e os descritores premature, Infant, Premature, Family, qualitative research. Teve como pergunta: Quais as evidências de estudos qualitativos sobre aspectos da vivência familiar do recém-nascido prematuro?. A análise de dados seguiu o método de Sandelowski, Barroso e Voils. **Resultados:** Foram identificados 539 estudos dos quais 30 foram selecionados Emergiram-se duas categorias: Aspectos negativos do cuidado familiar no cuidado a criança prematura e Aspectos positivos do cuidado familiar no cuidado a criança prematura. Os aspectos negativos estavam relacionados à relação com o prematuro e à família, enquanto os aspectos positivos à amamentação, bem-estar materno, cuidado profissional para com a criança e familiares.**Considerações Finais:** A experiência familiar é norteada por aspectos negativos e positivos, quais sejam sentimentos ambivalentes, dificuldade de lidar com uma criança prematura, sentimentos de impotência, culpa, medo e falta de confiança; como também experiências de autocuidado, apoio familiar e bom relacionamento com a equipe.**Palavras-Chave:** Recém-Nascido Prematuro; Família; Pais.

ABSTRACT

Objective: summarize evidence on aspects of family experience of the premature newborn. **Method:** Metasummarization with qualitative studies from 2005 to 2017 after consulting four databases: MEDLINE, LILACS, BDNF and IBICS and the descriptors Infant, Infant, Premature, Family, qualitative research. The question was: What is the evidence of qualitative studies on aspects of the family experience of premature newborns? Data analysis followed the Sandelowski, Barroso and Voils method. **Results:** A total of 539 studies were identified, from which 30 were selected. Two categories emerged: Negative aspects of family care in the care of premature children and Positive aspects of family care in the care of premature children. The negative aspects were related to the relationship with the preterm infant and the family, while the positive aspects were related to breastfeeding, maternal well-being, professional care for the child and family members. **Final Considerations:** The family experience is guided by negative and positive aspects, namely ambivalent feelings, difficulty in dealing with a premature child, feelings of helplessness, guilt, fear, and lack of confidence; as well as experiences of self-care, family support, and a good relationship with the team.**Keywords:** Infant, Premature; Family; Parents.

RESUMEN

Objetivo: resumir las pruebas sobre los aspectos de la experiencia familiar del recién nacido prematuro. **Método:** Metasummarización con estudios cualitativos de 2005 a 2017 tras consulta en cuatro bases de datos: MEDLINE, LILACS, BDNF e IBICS y los descriptores Infant, Infant, Premature, Family, qualitative research. La pregunta era: ¿Qué datos aportan los estudios cualitativos sobre aspectos de la experiencia familiar de los recién nacidos prematuros? El análisis de los datos siguió el método de Sandelowski, Barroso y Voils. **Resultados:** Se identificaron un total de 539 estudios de los que se seleccionaron 30 Surgieron dos categorías: Aspectos negativos del cuidado familiar en el cuidado de niños prematuros y Aspectos positivos del cuidado familiar en el cuidado de niños prematuros. Los aspectos negativos estaban relacionados con la relación con el niño prematuro y la familia, mientras que los aspectos positivos estaban relacionados con la lactancia materna, el bienestar materno, la atención profesional hacia el niño y los familiares. **Consideraciones finales:** La experiencia familiar está guiada por aspectos negativos y positivos, a saber, sentimientos ambivalentes, dificultad para hacer frente a un hijo prematuro, sentimientos de impotencia, culpa, miedo y falta de confianza; así como experiencias de autocuidado, apoyo familiar y una buena relación con el equipo.**Palabras clave:** Recién Nacido Prematuro; Familia; Padres.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um problema global, embora nas últimas décadas tenha apresentado diminuição na incidência, indo de 16 milhões para 15 milhões entre 1990 e 2019, e na mortalidade que diminuiu 47% indo de 1,27 milhões de mortes em 1990 para 0.66 milhões em 2019. O índice global de prematuridade é de 10.6% com regiões abaixo da média (Europa, América Latina, Oceania com 8,7%, 9,8% e 10%, respectivamente) e regiões com índices acima da média (Norte da África, África Sub-Saariana e América do Norte com 11,2%, 12% e 11,2%, respectivamente)^(1, 2).

Apesar da América Latina ter um índice menor do que a média global, o Brasil apresenta-se como um dos dez países com maiores índices de prematuridade com cerca de 11% dos partos prematuros e com 2/3% de taxa de mortalidade. Assim, dos cerca de 3 milhões de nascidos vivos no Brasil, cerca de 330 mil são prematuros e acontecem por volta de de 3 a 6 mil mortes de prematuros^(1, 2).

Os recém-nascidos prematuros (RNPT) exigem cuidados peculiares desde o nascimento e ao longo da infância. Esse processo pode se iniciar, abruptamente, na UTIN e transitar para o ambiente domiciliar após a alta. Esses movimentos exigem adaptação da família por longos períodos e demandam grandes esforços para suprir as suas necessidades individuais, familiares e da própria criança⁽³⁻⁵⁾.

A alta hospitalar, apesar de muito esperada, impõe grandes demandas à família já que os cuidados deixam de ser realizados pela

equipe especializada e passam a ser realizados pelos familiares e, portanto, faz-se necessário que a família esteja preparada para prover os cuidados ao RN em âmbito domiciliar. Culturalmente, o desafio do cuidado direto ao RNPT em casa recai sobre a mãe e estudos assinalam que⁽⁵⁾, na maioria dos casos, é expresso um sentimento muito forte de alegria, ao mesmo tempo em que elas relatam insegurança e medo⁽⁶⁾.

Assim, o apoio da família é essencial para que ocorra um processo de superação fazendo com que essa rotina nova passe a ser vista como positiva no núcleo familiar^(7, 8). Portanto, é interessante que a família possa se reorganizar, pois a estruturação da mesma é de muita importância para a manutenção do cuidado com a criança⁽⁹⁾. Da mesma forma, torna-se imprescindível que as experiências e vivências das famílias possam ser identificadas, organizadas e valorizadas do ponto de vista científico.

O estudo se justifica pela importância da prematuridade no cenário mundial tornando imprescindível que os profissionais de saúde compreendam como os familiares vivenciam esse fenômeno para, a partir desses dados, identificarem as questões que mais impactam positiva e negativamente, quais os familiares envolvidos e quais as estratégias exitosas no enfrentamento da prematuridade de um/a filho/a. Nesse sentido, a presente pesquisa, pode contribuir no sentido de consolidar o conhecimento já produzido sobre cuidado familiar à criança prematura e subsidiar prática

clínica congruente às necessidades das famílias, assim como, sinalizar lacunas do conhecimento que poderão ser preenchidas em investigações futuras.

O campo das experiências e vivências das pessoas, famílias e grupos sobre determinados fenômenos é o ponto central dos estudos qualitativos. Nesse sentido, as pesquisas de revisão de estudos qualitativos torna-se uma estratégia para se agrupar resultados e conclusões sobre a vivência do cuidado familiar à criança prematura já que se propõe a sintetizar o conhecimento sobre tal tema a partir da visão dos sujeitos sociais⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nesse sentido, chegou-se às seguintes indagações: Quais os principais achados dos estudos qualitativos sobre o cuidado familiar à criança prematura? Como podemos classificar a experiência dos familiares frente aos cuidados à criança prematura segundo a partir dos estudos qualitativos? Assim, o objetivo deste estudo foi sumarizar evidências sobre aspectos da vivência familiar ao recém-nascido prematuro.

MÉTODOS

Tipo de estudo

O estudo consiste em uma metassumariação sistemática qualitativa⁽¹¹⁾. A metassumariação sumariza os resultados a fim de analisar o que há de comum em estudos sob perspectivas semelhantes⁽¹¹⁾. O processo de busca e seleção foi norteado pelas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses* (PRISMA)⁽¹²⁾. O protocolo desta revisão foi

cadastrado no *Open Science Framework* (OSF) e pode ser acessado no link: <https://osf.io/dkyrj/>

Processo de busca e critérios de inclusão

Procedeu-se ampla busca na literatura com a intenção de encontrar artigos que contemplassem o cuidado familiar ao recém-nascido prematuro. A pesquisa foi realizada por meio do portal de periódicos da coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES) nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e o Índice Bibliográfico Espanhol en Ciencias de la Salud (IBECS). A busca e a seleção foram realizadas de forma independente por dois revisores de dezembro de 2017 a janeiro de 2018.

A busca utilizada nas bases foi composta pelos descritores do *medical subject headings* (MeSH) e dos descritores em ciência da saúde (DeCS) respeitando-se as particularidades das bases de dados. A estratégia resultou na combinação utilizada foi: “premature” [palavra-chave] OR “Infant, Premature [descriptor] AND “Family” [descriptor] AND “qualitative research” [descriptor]. A pergunta norteadora foi: Quais as evidências de estudos qualitativos sobre aspectos da vivência familiar ao recém-nascido prematuro?

Os critérios de inclusão foram: a) estudos com dados qualitativos; b) estudos que discorram sobre o cuidado de famílias de

crianças prematuras; c) estudos de 2004 a 2017; d) idiomas português, inglês e espanhol de forma a contemplar países que adotem a estratégia QualiNEO ou equivalente, presente no *locus* deste estudo; c) tipo artigo científico original. Os critérios de exclusão foram: a) artigos indisponíveis para *download* b) artigos que abordassem o cuidado extradomiciliar.

O recorte deu-se por revisão publicada em 2003⁽¹³⁾ sobre o tema. A delimitação do recorte até 2017 dá-se pela publicação da estratégia QualiNEO modificando as práticas ao recém-nascido prematuro⁽¹⁴⁾. A seleção e análise de duplicatas foi viável por meio do *software Mendley*[®]. Logo após os dados foram descritos de forma narrativa.

Análise e organização dos dados

Os dados relativos aos estudos, foram organizados a partir da análise do tipo metassumarização, em cinco estágios. O 1º “*Extraindo achados*” que consiste em distinguir as conclusões de cada estudo⁽¹¹⁾. Para isso, considera-se as variações presentes nos resultados quanto a conceitos e relações conceituais subjacentes e seus significados implícitos ou explícitos nos resultados, buscando-se o tema central⁽¹¹⁾.

No 2º estágio denominado “*Agrupando achados de tópicos similares*” no qual ocorre a associação dos resultados, unindo todos os achados relativos a um ponto em comum e preservando a diversidade dos resultados e, assim, otimizando a validade descritiva da

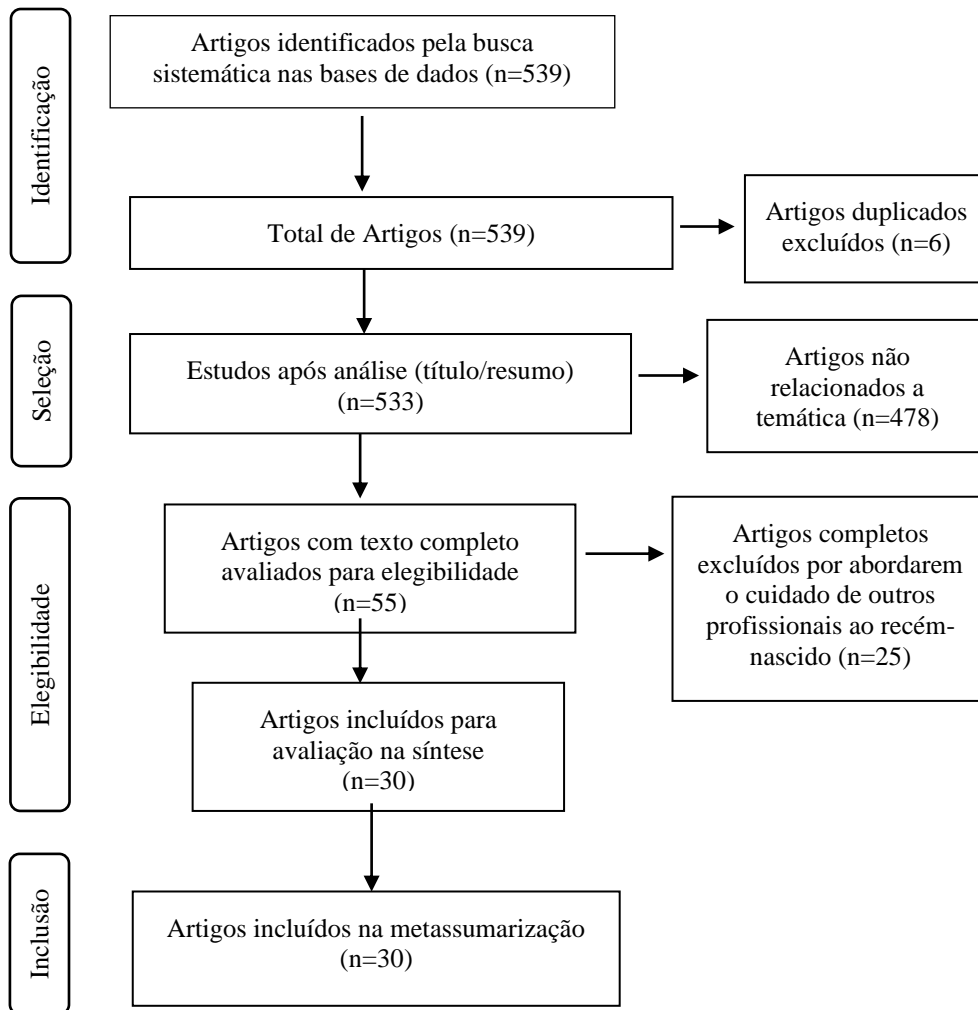
técnica de agrupamento e permitindo identificar as ligações existentes entre eles⁽¹¹⁾. No 3º estágio intitulado “*Abstraindo e formatando achados*” ocorre as representações concisas, mas abrangentes dos estudos, subtraindo as redundâncias, enquanto procura manter a diversidade do seu conteúdo⁽¹¹⁾.

No 4º estágio, “*Calculando o tamanho do efeito*”, avalia-se a relevância referente aos resultados encontrados, calculando seu tamanho do efeito de frequência mediante o número de estudos que contêm um achado e em seguida divide-se este valor pelo número total dos estudos. No 5º, e último, estágio, denominado “*Apresentando e interpretando resultados da metassumarização*” onde se sumariza os principais achados das pesquisas encontradas⁽¹¹⁾. Para garantir o rigor metodológico foi utilizado o CASP (*Critical Appraisal Skills Programme*) que consiste em avaliar a qualidade dos estudos qualitativos por meio de um checklist com 10 questões⁽¹⁵⁾.

RESULTADOS

Foram encontrados 539 estudos, sendo seis duplicados e 478 não abordaram a temática de estudo, restando-se 30 publicações, conforme figura 1. Os resultados obtidos (n=30), são provenientes, em sua maioria do Brasil (n=11). Além dos Estados Unidos (n=5), Canadá (n=3), Noruega (n=3), França (n=2), Dinamarca (n=2), além de Suíça, Suécia, África do Sul e Portugal (n=1), respectivamente. A primeira etapa dos achados está descrita no quadro 1.

Figura 01 – Análise e seleção dos artigos segundo o fluxograma PRISMA, Crato, Ceará, 2021.



Quadro 1 – Extraíndo os achados dos estudos incluídos na metassumarização, Crato, Ceará, Brasil, 2021.

Extraíndo achados	
Sentimento no pós-alta: Reorganização da vida; preocupação com o futuro ⁽¹⁶⁾ Fator essencial: necessidade de maior atenção ao pai ⁽¹⁷⁾ Aproximação dos pais de forma positiva ⁽¹⁸⁾ A preparação para alta faz com que melhore o cuidado ao bebê ⁽¹⁹⁾ Importância do pai no cuidado ao filho hospitalizado ⁽²⁰⁾ União da família: fator que colabora para a melhora da saúde do bebê ⁽²¹⁾ Desinformação das condições individuais de cada família ⁽²²⁾ Impacto ao longo prazo do parto prematuro ⁽²³⁾ Para as mães sentimentos de impotência. Aos pais um choque ⁽²⁴⁾ Alteração do autoconceito e do funcionamento familiar ⁽²⁵⁾ Ambiguidade de sentimentos: Medo, ansiedade, preocupação e incerteza ⁽²⁶⁾ Pavor da morte iminente do filho; Superproteção das mães para com os bebês ⁽²⁷⁾ Alteração da dinâmica familiar; Desempenho de papéis sociais e relações afetivas ⁽²⁸⁾ Apoio do profissional de saúde; Religiosidade; Amamentação ⁽²⁹⁾ Falta de auxílio do parceiro na amamentação; cansaço da mãe ⁽³⁰⁾ Traumas, incerteza, estresse, medo; ambiente estranho e intimidador ⁽³¹⁾ Culpa e ansiedade das mães; perda do vínculo e apego dos bebês ⁽³²⁾ Falta de informações: dificuldades de entendimento e amamentação ⁽³³⁾ Emoções caóticas; dificuldade de relacionamentos ⁽³⁴⁾	Reflexão sobre a vida e a morte em um contexto de separação ⁽³⁵⁾ Envolvimento na tomada de decisões na UTIN, empatia, honestidade, falta de vínculo e má comunicação ⁽³⁶⁾ Experiência caótica e estressante ⁽³⁷⁾ Falta de informações, afeto e inexistência de ensinamentos por parte dos profissionais ⁽³⁸⁾ Quebra do vínculo mãe-bebê e dificuldades no financeiro ⁽³⁹⁾ Internação e fortalecimento do vínculo mãe-bebê; cuidados ao bebê na UTIN; Religiosidade ⁽⁴⁰⁾ Acompanhamento positivo das unidades de saúde no pós-alta ⁽⁴¹⁾ Senso de falta de controle: tendência a distanciar-se da situação ⁽⁴²⁾ Experiências difíceis, ruim e dolorosa; desgaste físico e mental ⁽⁴³⁾ Dificuldade de relacionamento com o parceiro; Apoio da família ⁽⁴⁴⁾ Os pais se sentiam preparados para a alta hospitalar; amamentação difícil ⁽⁴⁵⁾

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Quanto ao delineamento, os estudos possuem descrição qualitativa^(17,22-23,27-30,32-35,37-45,47). Alguns estudos adotaram a teoria hermenêutica^(25,37), convergente assistencial⁽²⁶⁻²⁷⁾, fenomenológico^(17,32) e análise de

conteúdo⁽³⁹⁾. As demais fases da metassumarização são demonstradas no quadro 2. Do agrupamento dos achados, pôde-se identificar duas categorias:

Quadro 2 - Agrupando, extraindo e apresentando a metassumarização, Crato, Ceará, Brasil, 2021.

Etapas da Metassumarização	
Agrupando achados de tópicos similares	Abstraindo e formatando achados
<p style="text-align: center;">Aspectos negativos</p> <p style="text-align: center;"><i>Para com o prematuro</i></p> <p>Sentimentos ambíguos e quebra de vínculo mãe-bebê⁽¹⁶⁻¹⁹⁾</p> <p>Insuficiência de informações repassados dos profissionais aos familiares.^(17,25,29)</p> <p>Alteração da dinâmica familiar e receio de negligenciar os cuidados aos outros filhos^(17,21,26-28)</p> <p>Dificuldade de lidar com o bebê prematuro^(18,19,21-23,25)</p> <p>Quebra do vínculo, falta de apoio do parceiro, cansaço⁽³⁰⁾</p> <p>Estado de culpa e ansiedade das mães, prejuízo do vínculo e apego dos bebês, estresse da mãe e da família, dificuldades na comunicação⁽³²⁾</p> <p>Falta de enfrentamento da situação, falta de realidade, estra em um mundo paralelo, papel de espectador, dificuldades no estabelecimento do vínculo e dos pais exercerem seu papel⁽³⁴⁾</p> <p>Temor da morte, dificuldades no estabelecimento de vínculo⁽³⁵⁾</p> <p>Dificuldades na comunicação⁽³⁶⁾</p> <p>Situação caótica e estressante, o contato com o ambiente da UTIN como tensão, cansativo e fatigante, dificuldades na comunicação⁽³⁷⁾</p> <p>Medo da morte iminente do bebê, superproteção, incapacidade de lidar com a situação, falta de confiança^(16,18,19-26,28-30,47)</p> <p style="text-align: center;"><i>Para com a família</i></p> <p>Falta de envolvimento de outros familiares no cuidado^(16,18,19-26,28-30,47)</p> <p>Dificuldade de relacionamento com o parceiro ou familiares e dificuldades financeiras^(16,18,19-26,28,29-30,47)</p> <p>Incerteza, medo, estresse emocional e psicológico, falta de enfrentamento da situação, mundo paralelo, temor da morte e tensão no contato com o RN no ambiente da UTIN⁽³¹⁻⁴⁰⁾.</p> <p style="text-align: center;">Aspectos Positivos</p> <p>Religiosidade para diminuir o estresse^(17,19,29,41)</p> <hr/> <p>Compartilhamento de cuidados: ajuda da família e amigos durante o processo de internação⁽²⁶⁻²⁹⁾</p> <p>Relacionamento positivo com a equipe^(17,19,22-23,27)</p> <p>Incentivo ao aleitamento materno e o desejo de amamentar exclusivamente^(17,19)</p> <p>Boas interações com os profissionais de saúde^(28,29-31,47)</p> <p>Os pais se encontravam confiantes para a alta hospitalar⁽⁴⁵⁾</p>	<p>Pais e mães de crianças prematuras passam pela experiência com sentimentos ambivalentes de felicidade, medo da morte iminente do bebê, dificuldade de lidar com o bebê prematuro devido ao seu tamanho e instabilidade. Recebem todo apoio dos familiares e amigos para superar esse momento.</p> <p style="text-align: center;">Calculando o tamanho do efeito</p> <p>8 pais⁽¹⁶⁾; um pai⁽¹⁷⁾; 30 pais⁽¹⁸⁾; 39 mães⁽¹⁹⁾; 10 mães⁽²¹⁾; 23 mães⁽²²⁾; 9 pais e 11 mães⁽²³⁾; 6 mães⁽²⁶⁾; 6 mães⁽²⁵⁾; 8 mães⁽²⁷⁾; 5 mães⁽²⁸⁾; 8 mães⁽²⁹⁾; 20 mães⁽³⁰⁾; 8 mães⁽³¹⁾; 11 mães⁽³²⁾; 8 mães⁽³⁴⁾; 6 pais⁽³⁵⁾; 6 mães e 1 pai⁽³⁶⁾; 20 pais e 2 mães⁽³⁷⁾; 21 mães⁽⁴⁰⁾; 41 mães⁽⁴¹⁾; 16 pais⁽⁴²⁾; 16 mães⁽⁴³⁾; 5 pais⁽⁴⁴⁾; 37 pais⁽⁴⁵⁾.</p> <p style="text-align: center;">Apresentando e interpretando resultados da metassumarização</p> <p>As famílias compostas por 442 familiares (279 mães, 163 pais), vivenciam o cuidado à criança prematura desde a UTIN ao ambiente domiciliar por meio de sentimentos, emoções e atitudes moduladas pela relação entre os cônjuges, profissionais de saúde e com a própria criança.</p>

Participação ativa nos cuidados e nas decisões; boa comunicação⁽³⁶⁾
 Apoio familiar^(16,18-26)
 Autocuidado materno: melhora da alimentação, atividade física, redução do estresse e o cuidado com as mamas⁽⁴⁵⁾
 Confiança na alta hospitalar⁽³⁶⁾

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

a) Categoria 01: “Aspectos negativos da vivência dos familiares no cuidado à criança prematura”

Os principais aspectos negativos encontrados estão relacionados com o prematuro (sentimentos ambivalentes, dificuldade de lidar com uma criança prematura, sentimentos de impotência, culpa, medo e falta de confiança). Alguns estudos referiram aspectos negativos relativos à *família* (dificuldade de relacionamento com o parceiro ou familiares e dificuldades financeiras)

b) Categoria 02: Aspectos positivos da vivência da família no cuidado à criança prematura

Os achados de aspectos positivos mostraram-se relacionados à própria mãe (autocuidado, religiosidade) e à *família* (apoio familiar). Há eficácia dos atendimentos ambulatoriais, troca de experiências, apoio e interação com profissionais de saúde, os pais se encontravam confiantes e participavam dos cuidados.

Quadro 3- Avaliação de qualidade das pesquisas de acordo com o CASP, Crato, Ceará, Brasil, 2021

Questão	Sim*	Parcialmente	Não*
a) Aborda claramente os objetivos da pesquisa?	30	0	0
b) A metodologia é qualitativa?	28	0	2 ^{20,21,40}
c) Desenho de pesquisa adequado aos objetos de estudo ?	30	0	0
d) A estratégia de recrutamento é eficaz?	30	0	0
e) Os dados coletados abordam a questão de pesquisa?	30	0	0
f) Há relação entre pesquisador e pesquisados?	29	0	1 ²¹
g) Considerou as questões éticas ?	30	0	0
h) Obteve rigor na análise dos dados ?	30	0	0
i) Resultados apresentados claramente?	30	0	0
j) O estudo trouxe contribuições ?	30	0	0

* Número de estudos. Fonte: Adaptado do CASP, 2021.

DISCUSSÃO

Dos estudos identificados, boa parte tem origem no Brasil, EUA e Canadá. A média mundial dos partos prematuros é de 10%. No

entanto, um grupo de 15 países tem uma média maior do que isso, dentre eles Brasil, EUA, Índia e China. No Brasil, a taxa de partos prematuros é de 12,4%⁽⁴⁶⁾. Esse dado, talvez, explique o fato

de que os países com maior número de artigos sejam países com alta taxa de partos prematuros, notadamente, o Brasil.

Em relação ao arcabouço teórico esta pesquisa identificou a análise de conteúdo, pesquisa-ação, hermenêuticos e fenomenologia. Estudos transversais e de pesquisa-ação relacionam-se mais aos estudos qualitativos descritivos enquanto que os estudos hermenêuticos e fenomenológicos enquadram-se como estudos qualitativos interpretativos. Além disso, utilizam, comumente, técnica de coleta de dados já consolidadas como grupo focal e/ou entrevista individual e técnicas de organização dos dados como análise de conteúdo⁽¹¹⁾.

No geral, a amostra trouxe predominância de estudos qualitativos descritivos que são aquelas nos quais, geralmente, os dados são coletados e, apenas posteriormente, analisados à luz de um (ou mais) conceito(s) ou parte de uma teoria social. Os estudos qualitativos interpretativos, por sua vez, analisam a realidade a partir do uso completo da teoria social que é utilizada desde a formulação da pergunta de pesquisa, a criação de roteiro de entrevista, a postura do pesquisador em campo de coleta e no momento da análise dos dados gerando, portanto, dados mais distantes dos achados^(11,47).

Em relação aos tópicos abstraídos dos estudos tem-se que predominaram achados que sinalizaram uma vivência negativa do cuidado à

criança prematura o que denota o estresse gerado pelo parto e nascimento prematuros. Os aspectos apontados relacionam-se aos impactos na família (ambivalência, alteração da dinâmica, sentimentos negativos), especialmente, no contexto hospitalar e de cuidados intensivos neonatais.

Os aspectos negativos do cuidado à criança prematura identificados nos estudos relacionam-se à aspectos relativos ao prematuro em si e à aspectos relativos à família. No contexto de cuidados neonatal, especialmente em UTIN, o vínculo entre familiares e profissionais é de extrema relevância. Na atualidade, o modelo de Cuidado Centrado na Família (CCF) tem sido recomendado para uso em serviços de cuidado aos prematuros e neonatos enfermos e é uma alternativa para instrumentalizar as equipe de saúde para lidar com a família do RNPT⁽⁴⁸⁾.

O CCF tem a finalidade de incentivar a saúde e o bem-estar dos sujeitos e família e restabelecer seu domínio e empoderamento e conceita 'família' como com abrangência além do corpo biológico, com suporte ao apoio social, emocional e de desenvolvimento como integrantes do cuidado à saúde. Mesmo que tenha como foco a família, o cuidado não exclui a particularidade individual de cada componente ligados à tomada de decisão de sua própria saúde⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

Autores expõem que quando a assistência é centrada na criança e na família, que envolve

conhecimentos e habilidades técnicas, como também aspectos relacionais, seja a comunicação efetiva, o acolhimento ou a interação colaborativa, na qual os familiares participam do desenvolvimento do cuidado, respeitando as particularidades de cada indivíduo os familiares terão envolvimento ativo nos cuidados à criança durante a hospitalização⁽⁸⁾.

Os aspectos positivos apontados relacionam-se à rede de suporte social à família (autocuidado, religiosidade, serviços especializados, apoio familiar e dos profissionais de saúde). Dentre os estudos foi citada a importância das redes de apoio entre mães que enfrentam situações semelhantes para a melhora do enfrentamento. As cuidadoras principais relatam uma melhor adaptação ao ambiente que parecia ser tão hostil no primeiro contato após o processo do grupo de apoio⁽⁴⁸⁾. O compartilhamento de experiências fez com que o grupo sentisse um estímulo para se apoiarem mutuamente, contudo os pais de uma criança prematura não necessitam apenas de uma rede de apoio dentro do âmbito hospitalar, mas também após a alta, e geralmente esse apoio deve ser prestado pelos familiares e amigos sendo fundamental para transmitir uma maior segurança e tranquilidade nos momentos difíceis⁽⁵¹⁾.

A religiosidade também é um dos fatores que ajudam satisfatoriamente a mãe e a família do bebê, tornando-se também uma rede de apoio.

Nos estudos foi destacado pelas mães que a espiritualidade é um aspecto que auxilia na melhora do conforto diante da situação estressante. O apego religioso passa a ser um suporte para aceitação do acontecimento, bem como passam a despertar nas mães uma comoção com o sofrimento de outras mães que estão na mesma situação, acarretando assim uma relação mútua de solidariedade e respeito, proporcionando grupos de apoio religioso. Assim, é importante que os profissionais de saúde identifiquem as necessidades espirituais das famílias, respeitem a diversidade religiosa, compreendendo-a como uma forma de enfrentamento e superação da prematuridade do/a filho/a e suas desdobramentos como a vivência na UTIN, a necessidade de apreender formas específicas de cuidado com a criança⁽⁵²⁾.

As etapas da metassumarização permitem que ocorra uma melhor compreensão dos sentimentos que permeiam entre as famílias de crianças prematuras⁽⁵³⁻⁵⁶⁾. No estudo em tela, os principais impactos estão relacionados à quebra de vínculo devido à redução da comunicação entre pais e profissionais que não permitem um envolvimento maior dos pais nesse processo, além dos obstáculos na comunicação.

Todavia, foram encontrados estudos que contradizem com esses resultados no qual demonstram que a comunicação se torna efetiva a partir do momento em que os RNs passam a se estabilizar onde os profissionais apoiam e

incentivam o aleitamento materno, como também capacitam esses pais para os cuidados no domicílio^(17,19,28,29-31,47). A comunicação auxilia no vínculo entre familiares/RN prematuro, melhor interação familiares/profissionais e com isso preparando os pais a se sentirem mais confiantes para a alta hospitalar^(22-23,27,36).

Os resultados desta metassumariação devem ser interpretados conforme o contexto de suas limitações dentre as quais pode-se citar: ausência de estudos em unidades de cuidados intermediários convencionais e unidades de cuidados intermediários que utilizam o Método Canguru, ausência de estudos com os avós e com os irmãos e ausência de estudos com profissionais da atenção primária à saúde que também são responsáveis pelo acompanhamento dos prematuros. Outra limitação foi o fato dos estudos terem como foco, as famílias nucleares heterossexuais, o que impossibilita a visão sobre como casais homossexuais, casais transgêneros ou casais adotivos vivenciam a prematuridade dos/as filhos/as. Além do mais, apesar da amplitude, não pode retratar uma visão global do cuidado a criança prematura requerendo estudos de todos os continentes e seus respectivos países.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa permitiu realizar a síntese e interpretações de conhecimentos gerados acerca do cuidado familiar da criança prematura.

Ressalta-se que a família participa desse cuidado desde a UTIN até o ambiente domiciliar por meio de sentimentos ambivalentes de felicidade, medo e/ou frustração.

O estudo traz implicações para a prática clínica ao evidenciar que dados sobre aspectos negativos da vivência das famílias no cuidado à criança prematura e à falta de envolvimento delas nos cuidados em UTIN, especialmente, enquanto que os aspectos positivos encontrados relacionaram-se com a implementação de ações baseadas no cuidado centrado na família.

Para que a abordagem acima seja implementada, deve-se atentar para a valorização da comunicação entre profissionais e famílias já que foi um elemento citado como problemático e como facilitador para a forma como as famílias compreenderam a prematuridade dos/as filhos/as. Além do mais, atos como a amamentação e a maior atenção ao pai da criança tornam-se cruciais para o cuidado integral criança/família. Contudo, novos estudos são necessários a fim de elucidar as estratégias de cuidado realizadas pela equipe multiprofissional em nível domiciliar ao recém-nascido prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Chawanpaiboon S, Vogel JP, Moller A. et al. Estimativas globais, regionais e nacionais dos níveis de parto prematuro em 2014: uma revisão sistemática e análise de modelagem. *Lancet Global Health*. 2019; 7(1):1-10

2. Cao G, Liu J, Liu M. Incidência e Mortalidade Global, Regional e Nacional de Nascimento Prematuro Neonatal, 1990-2019. *JAMA Pediatr.* 2022;176(8):787-796. [10.1001/jamapediatrics.2022.1622](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.1622).
3. Silva SG da. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Psicol Clínica [Internet]*. 2016;28(2):29-54. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v28n2/03.pdf>
4. Vanin LK, Zatti H, Soncini T, Nunes RD, Staudt de Siqueira LB. Maternal and fetal risk factors associated with late preterm infants. *Rev Paul Pediatr.* 2020;38:1-8. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>
5. Veronez M, Borghesan NAB, Corrêa DAM, Higarashi IH. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Rev Gauch Enferm.* 2017;38(2):e60911. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
6. Azevêdo AVS, Lançoni Júnior AC, Crepaldi MA. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: Revisão integrativa. *Cienc Saude Coletiva.* 2017;22(11):3653-66. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>
7. Neves ET, Silveira A, Arrué AM, Pieszak GM, Zamberlan KC, Santos RP. Network of care of children with special health care needs. *Texto Context - Enferm.* 2015;24(2):399-406. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015003010013>
8. Favaro LC, Marcon SS, Arcain Nass EM, Pamela dos Reis P dos R, Ichisato SM, Bega AG, Paiano M, Limo IGT. Nurse's Perception on Assistance To Children With Special Health Needs in Primary Care. *Reme Rev Min Enferm.* 2020;24:1-9. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200006>
9. Carvalho, Larissa da Silva; Pereira C de MC. Psychological reactions of parents for hospitalization of premature infants in the neonatal ICU. *SBPH.* 2017[cited 16 Jul, 2022];20(2):101-22. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a07.pdf>
10. Baseggio DB, Schneider Dias MP, Brusque SR, Donelli TMS, Mendes P. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas em Psicol.* 2017[cited 16 Jul, 2022];25(1):153-67. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n1/v25n1a10.pdf>
11. Sandelowski M, Barroso J, Voils CI. Using qualitative metasummary to synthesize qualitative and quantitative descriptive findings. *Res Nurs Heal.* 2007;30(1):99-111. <https://doi.org/10.1002/nur.20176>
12. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, Group TP. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. 2009;6(7). <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
13. Swartz MK. Parenting Preterm Infants: A Meta-Synthesis. *MCN.* 2005;30(2):1-6. <https://doi.org/10.1097/00005721-200503000-00009>
14. Brasil. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018[cited 17 Jul 2022]. 180 p. Available from: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>
15. Critical appraisal skills programme (CASP) Making Sense of Evidence. 10 Questions to Help You make Sense of Qualitative Research [Internet]. Public Health Resource Unit, England, 2013[cited 17 Jul 2022]. Available from: <http://www.casp-uk.net/>

16. Lundqvist P, Hellström-Westas L, Hallström I. Reorganizing Life: A Qualitative Study of Fathers' Lived Experience in the 3 Years Subsequent to the Very Preterm Birth of Their Child. *J Pediatr Nurs.* 2014;29(2):124–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2013.10.008>
17. Johnston DA. Releasing the flood: A qualitative case study of one high-risk father's journey through the labor unit and neonatal intensive care unit. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2014;28(4):319–31. <http://dx.doi.org/10.1097/JPN.0000000000000064>
18. Guillaume S, Michelin N, Amrani E, Benier B, Durrmeyer X, Lescure S, Bony C, Danan C, Baud O, Jarreau PH, Zana-Taieb E, Cayemaex L. Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: A qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC Pediatr.* 2013;13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-18>
19. Bracht M, O'Leary L, Lee SK, O'Brien K. Implementing family-integrated care in the NICU: A parent education and support program. *Adv Neonatal Care.* 2013;13(2):115–26. <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e318285fb5b>
20. Santos JO, Pacheco TS, De Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2015;7(1):1936. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945>
21. McQueen D, Lakes K, Rich J, Vaughan J, Hayes G, Cooper D, Olshansky E. Feasibility of a caregiver-assisted exercise program for preterm infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2013;27(2):184–92. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31828b244a>
22. Burnham N, Feeley N, Sherrard K. Parents' perceptions regarding readiness for their infant's discharge from the NICU. *Neonatal Netw.* 2013;32(5):324–34. <https://doi.org/10.1891/0730-0832.32.5.324>
23. Ananth C V, Friedman AM, Gyamfi-Bannerman C. Epidemiology of Moderate Preterm, Late Preterm and Early Term Delivery. *Clin Perinatol.* 2013;40(4):601–10. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.001>
24. Lou H, Pedersen BD, Hedegaard M. Questions never asked. Positive family outcomes of extremely premature childbirth. *Qual Life Res.* 2009;18(5):567–73. <https://doi.org/10.1007/s11136-009-9480-4>
25. Fegran L, Helseth S, Fagermoen MS. A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs.* 2008;17(6):810–6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x>
26. Borck M, Santos EKAPT. Método canguru: Práticas integrativas e de cuidado de enfermagem no modelo de Roy. *Esc Anna Nery R Enferm.* 2012[cited 15 may 2018];16(2):263–9. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v16n2a08.pdf>
27. Borck M, dos Santos EKA. Terceira etapa Método Canguru: convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. *Rev Gaucha Enferm.* 2010;31(4):761–8. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400021>
28. Oliveira Moreira J, Romagnoli RC, Dias DAS, Moreira CB. Programa mãe-canguru e a relação mãe-bebê: Pesquisa qualitativa na rede pública de betim. *Psicol em Estud.* 2009[cited 13 mai 2018];14(3):475–83. Available from: <https://www.scielo.br/j/pe/a/rtQ8frdgr7QpsPLct hGwK7d/?lang=pt>
29. Martins AJVS, Santos IMM. Vivendo do outro lado do método canguru: a experiência materna. *Rev Eletrônica Enferm.* 2008[cited 13 mai 2018];10(3). Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46620/22886>
30. Braga DF, Machado MMT, Bosi MLM. Amamentação exclusiva de recém-nascidos



- prematturos: Percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Rev Nutr.* 2008;21(3):293–302. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000300004>
31. Denoual H, Dargentas M, Roudaut S, Balez R, Sizun J. Father’s role in supporting breastfeeding of preterm infants in the neonatal intensive care unit: A qualitative study. *BMJ Open.* 2016;6(6):1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010470>
32. Ncube RK, Barlow H, Mayers PM. A life uncertain - My baby’s vulnerability: Mothers’ lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis.* 2016;39(1):e1–9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v39i1.1575>
33. Leite CCP, Souza SNDH, Rossetto EG, Pegoraro LG de O, Jacinto VCB. O diário do bebê para a mãe de prematturo: Apoiando o cuidado centrado na família. *Rev Enferm.* 2016;24(1):1–6. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.8664>
34. Lima VF, Mazza VA, Mór LM, Pinto MN de GR. Experiences of Families of Premature Children in a Neonatal Intensive Therapy Unit. *REME Rev Min Enferm.* 2017;21:1–8. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170036>
35. Hagen IH, Iversen VC, Svindseth MF. Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: A qualitative study of parents’ coping experiences in a neonatal intensive care unit. *BMC Pediatr* [Internet]. 2016;16(1):1–9. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-016-0631-9>
36. Værland IE, Vevatne K, Brinchmann BS. Fathers’ experience of starting family life with an infant born prematurely due to mothers’ severe illness. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. 2017;13:8–13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.002>
37. Hendriks MJ, Abraham A. End-of-Life Decision Making for Parents of Extremely Preterm Infants. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2017;46(5):727–36. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2017.06.006>
38. Weis J, Zoffmann V, Egerod I. Enhancing person-centred communication in NICU: A comparative thematic analysis. *Nurs Crit Care.* 2015;20(6):287–98. <http://dx.doi.org/10.1111/nicc.12062>
39. Kavanaugh K, Roscigno CI, Swanson KM, Savage TA, Kimura RE, Kilpatrick SJ. Perinatal palliative care: Parent perceptions of caring in interactions surrounding counseling for risk of delivering an extremely premature infant. *Palliat Support Care.* 2013;13(2):145–55. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951513000874>
40. Neu M, Laudenslager ML, Robinson J. Coregulation in salivary cortisol during maternal holding of premature infants. *Biol Res Nurs.* 2009;10(3):226–40. <http://dx.doi.org/10.1177/1099800408327789>
41. Siqueira MBC, Dias MAB. A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematturo. *Epidemiol e Serviços Saúde.* 2011;20(1):27–36. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742011000100004>
42. Toma TS, Venâncio SI, Andretto DA. Percepção das mães sobre o cuidado do bebê de baixo peso antes e após implantação do Método Mãe-Canguru em hospital público da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2007;7(3):297–307. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292007000300009>
43. Arockiasamy V, Holsti L, Albersheim S. Fathers’ experiences in the neonatal intensive care unit: A search for control. *Pediatrics.* 2008;121(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2007-1005>.
44. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Meaning attributed to the experience of mothers accompanying hospitalized premature and low birthweight newborns. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006[cited 16 Jul, 2022];6(1):47–57. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

t&pid=S1519-38292006000100006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a06v6n1.pdf

45. Leal I, Saldanha N, Oliveira RV. Bonding and Prematurity: Exploratory Study on Early Paternal Involvement in Hospitalization Contexts. *Psicol. saúde doenças*. 2014[cited 2021 jul 06];15(2):454–67. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36231460010.pdf>

46. World Health Organization. Survive and thrive: Transforming care for every small and sick newborn. WHO; 2019. [citado 2020 Jun 20] Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf?ua=1>.

47. Prado ML, Gelbcke FL, Backes VMS. Calidad en la investigación cualitativa en Enfermería. In: Prado ML, Souza ML, Monticelli M, Cometto MC, Gómez PF. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Washigton: OPS; 2013. p. 2-11.

48. Solano LC, Lacerda VS, Miranda FAN, Ferreira JKA, Oliveira KKD de, Leite AR. Corrdination of Care for Premature Newborns: Challenges for Primary Health Care. *Reme Rev Min Enferm*. 2019;23:1–8. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190016>

49. Tallon MM, Kendall GE, Snider PD. Rethinking family-centred care for the child and family in hospital. *J Clin Nurs*. 2015;24(9–10):1426–35. <https://doi.org/10.1111/jocn.12799>

50. Barros R. Portaria 2.937 de 26 de dezembro de 2016. Ministério da Saúde. 2021[cited Fev 24,2021];2–4. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2937_26_12_2016.html

51. Gutiérrez SSR, García PE, PELLEZO AS, Paulí LR, Castillo BR, Sanchez RB. Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study. *Turkish J*

Pediatrics 2020; 62: 436-449. <https://doi.org/10.24953/turkjped.2020.03.011>

52. Silva JCA, Melo SF. Mães adolescentes com bebês em UTI neonatal: reflexões fenomenológicas sobre a vida e a morte. *Phenomenol Stud - Rev da Abordagem Gestáltica*. 2020;26(3):253–66. <http://dx.doi.org/10.18065/2020v26n3.2>

53. Costa MRP, Oliveira JD, Damasceno SS, Souza NKM, Palácio MAV. Conteúdos sobre prematuros veiculados por familiares em mídia social: estudo qualitativo. *Rev enferm UFPE on line*. 2021;15:e247366. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.247366>

54. Felizardo MJA, Henriques NL, Silva JB, et al. Vivências das famílias no cuidado aos recém-nascidos prematuros no domicílio: revisão sistemática qualitativa. *Rev Enferm Centro oeste Mineiro*. 2020;10:e3906. <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3906>

55. Mira A, Bastías R. Interacciones entre las madres y sus bebés prematuros durante el período de hospitalización. *Cad Brase Terapia Ocupacional*. 2020;28(3):875-89. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2042>

56. Schuetz Haemmerli N, Stoffel L, Schmitt KU, Khan J, Humpl T, Nelle M, et al. Enhancing Parents' Well-Being after Preterm Birth—A Qualitative Evaluation of the “Transition to Home” Model of Care. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022;19(4309):1-20. <https://doi.org/10.3390/ijerph19074309>

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

Fomento / Agradecimento: O presente estudo não possui financiamento

Contribuição dos Autores:

Fernanda Kelle Rodrigues Gregorio - concepção, delineamento ou a análise e



interpretação dos dados e aprovação da versão final.

João Cruz Neto - redação do artigo, interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão final.

Maria Raísa Pereira da Costa - concepção e o delineamento ou a análise, interpretação dos dados e aprovação da versão final.

Joseph Dimas de Oliveira - delineamento ou a análise, redação do artigo, interpretação dos dados e aprovação da versão final.

Maria de Fátima Esmeraldo Figueiredo - redação do artigo ou a sua revisão crítica e aprovação da versão final.

Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz - revisão crítica e aprovação da versão final.

Cinthia Gondim Pereira Calou - revisão crítica e aprovação da versão final.

Editor Científico: Ítalo Arão Pereira Ribeiro.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0778-1447>

Editor Associado: Edirlei Machado dos-Santos.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1221-0377>