

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**Escola de Enfermagem**  
**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

Gabriela Chami Portilho Soares

**RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS  
CUIDADORES DE LACTENTES PREMATUROS**

Belo Horizonte

2025

Gabriela Chami Portilho Soares

**RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS  
CUIDADORES DE LACTENTES PREMATUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Elysângela Dittz Duarte

Coorientador: Prof. Dr. Ed Wilson Vieira

Belo Horizonte

2025

SO676r Soares, Gabriela Chami Portilho.  
Relação entre letramento em saúde e Qualidade de Vida dos cuidadores de lactentes prematuros [recurso eletrônico]. / Gabriela Chami Portilho Soares. - - Belo Horizonte: 2025.

78f.: il.

Formato: PDF.

Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Elysângela Dittz Duarte.

Coorientador (a): Ed Wilson Vieira.

Área de concentração: Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Qualidade de Vida. 2. Letramento em Saúde. 3. Recém-Nascido Prematuro. 4. Cuidadores. 5. Determinantes Sociais da Saúde. 6. Dissertação Acadêmica. I. Duarte, Elysângela Dittz. II. Vieira, Ed Wilson. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WA 590

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

**ATA DE NÚMERO 762 (SETECENTOS E SESSENTA E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA GABRIELA CHAMI PORTILHO SOARES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 4 (quatro) dias do mês de abril de dois mil vinte e cinco, às 10:00 horas, realizou-se Online e Presencial na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*RELAÇÃO ENTRE LETRAMENTO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE LACTENTES PREMATUROS*", da aluna **Gabriela Chami Portilho Soares**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Elysângela Dittz Duarte (orientadora), Ed Wilson Rodrigues Vieira (coorientador), Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso e Mariana Santos Felisbino Mendes, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

*APROVADA*;  
 *REPROVADA*.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Tássia Pires Pena, Assistente em Administração da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 04 de abril de 2025.

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elysângela Dittz Duarte  
Orientadora (EEUFMG)

Prof. Dr. Ed Wilson Rodrigues Vieira  
(Coorientador)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso  
(UNIOESTE/Paraná)

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Mariana Santos Felisbino Mendes  
(EEUFMG)

Tássia Pires Pena  
Assistente em Administração

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Elysangela Dittz Duarte, Professora do Magistério Superior**, em 30/04/2025, às 11:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Santos Felisbino Mendes, Professora do Magistério Superior**, em 06/05/2025, às 11:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso, Usuário Externo**, em 06/05/2025, às 16:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ed Wilson Rodrigues Vieira, Professor do Magistério Superior**, em 06/05/2025, às 18:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tássia Pires Pena, Assistente em Administração.**, em 07/05/2025, às 09:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador 4172185 e o código CRC **19BB0D03**.

## RESUMO

**Introdução:** Estudos apontam que baixos níveis de letramento em saúde, dificultam o uso dos serviços de saúde e podem comprometer sua qualidade de vida. Embora a relação entre Letramento em Saúde e Qualidade de Vida esteja bem estabelecida para o próprio indivíduo, há lacunas sobre essa correlação no contexto do cuidado infantil. Diante disso, questiona-se: O Letramento em Saúde Parental das mães de lactentes prematuros está correlacionado à sua qualidade de vida? **Objetivo:** Verificar a correlação entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida das mães de lactentes nascidos prematuros. **Metodologia:** Estudo transversal alinhado a uma coorte, realizado em um ambulatório de seguimento de crianças de alto risco para atraso do desenvolvimento com 68 mães principais cuidadoras de lactentes prematuros com menos de 5 meses de idade corrigida. A coleta de dados utilizou questionários socioeconômico e demográfico e os instrumentos WHOQOL-bref e Parental Health Literacy Activities Test. Diferenças entre os escores de Qualidade de Vida e Letramento foram avaliadas utilizando teste t student, análise de variância (ANOVA) e testes Post-Hoc (Turkey). A correlação foi testada usando a análise bivariada de Pearson. **Resultados:** As mães tinham em média 28 anos de idade e a maioria estava casada ou em união estável, estudaram até o ensino médio completo, não possuíam trabalho remunerado e metade estava em situação de pobreza. Aproximadamente 40% relataram dificuldades financeiras após o nascimento do lactente e 29,7% pararam de trabalhar devido à condição de saúde dos lactentes. O escore total médio do letramento em saúde das mães foi de 12,5 (DP 2,7), considerado baixo, e houve diferença entre as médias em relação a escolaridade, situação econômica e paridade. O escore total médio da Qualidade de vida foi 94,0 (DP 11,9), considerado como percepção positiva, e houve diferença estatisticamente significativa das médias em relação à idade, dificuldades financeiras, situação econômica e ter que parar de trabalhar. A correlação entre Letramento em Saúde e Qualidade de Vida, no geral, foi 0,22 (p 0,858) e mães de lactentes nascidos de partos gemelares apresentaram correlação de 0,74 (p 0,033). **Conclusão:** Não foi identificada correlação significativa entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida das mães de lactentes prematuros, exceto entre mães de gêmeos, nas quais observou-se correlação positiva e significativa. Os achados sugerem que fatores socioeconômicos, como escolaridade, renda e situação ocupacional, exercem influência importante tanto no letramento em saúde quanto na qualidade de vida dessas mães, indicando a necessidade de políticas públicas integradas que considerem essas dimensões no cuidado materno infantil.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; Letramento em Saúde; Prematuridade; Cuidadores; Determinantes Sociais de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Studies indicate that low levels of health literacy hinder the use of health services and may compromise quality of life. Although the relationship between health literacy and quality of life is well established for individuals themselves, there are gaps regarding this correlation in the context of child care. Therefore, the following question arises: Is parental health literacy among mothers of premature infants correlated with their quality of life? **Objective:** To examine the correlation between parental health literacy and quality of life among mothers of premature infants. **Methods:** This cross-sectional study, nested within a cohort, was conducted in a follow-up clinic for children at high risk for developmental delay, including 68 mothers who were the primary caregivers of premature infants under five months of corrected age. Data collection involved socioeconomic and demographic questionnaires, along with the WHOQOL-BREF and the Parental Health Literacy Activities Test. Differences in quality-of-life and health-literacy scores were assessed using Student's *t*-test, analysis of variance (ANOVA), and Tukey post-hoc tests. Correlation was tested using Pearson's bivariate analysis. **Results:** The mothers had a mean age of 28 years, most were married or in stable unions, had completed high school, did not engage in paid work, and half lived in poverty. Approximately 40% reported financial difficulties after the infant's birth, and 29.7% stopped working due to the infant's health condition. The mothers' mean total health literacy score was 12.5 (SD 2.7), considered low, with significant differences according to education level, economic status, and parity. The mean total quality-of-life score was 94.0 (SD 11.9), considered a positive perception, with statistically significant differences by age, financial difficulties, economic status, and having to stop working. The overall correlation between health literacy and quality of life was 0.22 ( $p = 0.858$ ), while mothers of twins showed a stronger correlation of 0.74 ( $p = 0.033$ ). **Conclusion:** No significant correlation was found between parental health literacy and quality of life among mothers of premature infants, except for mothers of twins, in whom a positive and significant correlation was observed. These findings suggest that socioeconomic factors such as education, income, and employment status play an important role in both health literacy and quality of life, highlighting the need for integrated public policies that address these dimensions in maternal and child care.

**Keywords:** Quality of Life; Health Literacy; Infant, Premature; Caregivers; Social Determinants of Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Gráfico de dispersão aplicando retas de regressão linear com 95% de intervalos de confiança (IC95%) entre o Letramento e saúde Parental e Qualidade de Vida das mães cuidadoras principais de lactente prematuros.....38

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas das mães cuidadoras principais dos lactentes nascidos prematuros (n=68).....	29
Tabela 2 – Características maternas das mães cuidadoras principais dos lactentes nascidos prematuros (n=68).....	30
Tabela 3 – Características dos lactentes nascidos prematuros filhos das mães principais cuidadoras incluídas no estudo (n=72). ....	31
Tabela 4 – Escore total e por domínios do Letramento em Saúde Parental segundo as características das mães cuidadoras principais dos lactentes prematuros (n=68)....	33
Tabela 5 – Escore total e por domínios da Qualidade de Vida segundo características das mães cuidadoras principais dos lactentes prematuros (n=68).....	36
Tabela 6 – Correlação geral entre o Letramento e Saúde Parental e Qualidade de Vida das mães cuidadoras principais de lactente prematuros (n=68). ....	38
Tabela 7 – Correlação entre o Letramento e saúde Parental e Qualidade de Vida segundo as covariáveis estudadas. ....	39

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANOVA	Analysis of Variance (Análise de Variância)
DP	Desvio Padrão
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de confiança
IGCo	Idade gestacional corrigida
LS	Letramento em Saúde
LSP	Letramento em Saúde Parental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHLAT	<i>Parental Health Literacy Activities Test</i>
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
QV	Qualidade de Vida
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UCICa	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VO	Via oral
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life Instrument</i>

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVO.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
3.1	Cuidado a criança nascida prematura .....	15
3.2	Letramento em saúde e a contribuição para o cuidado de crianças nascidas prematuras .....	18
4	METODOLOGIA.....	21
4.1	Desenho do estudo .....	21
4.2	Cenário do estudo .....	21
4.3	População estudada .....	22
4.4	Coleta de dados .....	23
4.5	Instrumentos para a coleta dos dados.....	23
4.5.1	<i>Questionário socioeconômico e demográfico .....</i>	<i>23</i>
4.5.2	<i>Questionário sobre Letramento em Saúde Parental.....</i>	<i>24</i>
4.5.3	<i>Questionário sobre Qualidade de Vida .....</i>	<i>25</i>
4.6	Variáveis .....	26
4.7	Análises .....	27
4.8	Considerações éticas .....	28
5	RESULTADOS .....	29
6	DISCUSSÃO .....	41
7	CONCLUSÃO.....	46
	REFERÊNCIAS .....	47
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados quantitativos socioeconômicos e demográficos aplicado ao cuidador .....	59
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados quantitativos sociodemográficos aplicado a mãe o sobre lactente .....	61
	APÊNDICE C – Teste de normalidade .....	62
	APÊNDICE D – Gráficos de dispersão Letramento em saúde Parental e Qualidade de Vida.....	66
	ANEXO A – Teste de atividades de Letramento em Saúde dos pais - Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT).....	72
	ANEXO B – WHOQOL - ABREVIADO - Versão em Português.....	75

## 1 INTRODUÇÃO

No mundo, estima-se que um a cada dez bebês nasça prematuro, ou seja, com idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 2023), proporção semelhante à observada no Brasil entre os anos de 2011 e 2019 (Martinelli et al., 2021). No país, houve uma queda da taxa da mortalidade neonatal (França et al., 2017) e um aumento da sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) cada vez menores e mais imaturos (Teixeira et al., 2019). Este fato deve-se especialmente ao avanço tecnológico, melhora da assistência durante o parto, aprimoramento dos cuidados pós-natal e melhora da assistência no pré-natal (WHO, 2023). Esses RNPT, demandam cuidados específicos de saúde que podem se estender ao longo de suas vidas a depender do impacto da prematuridade em sua saúde (Fernandes et al., 2017; Pivodic et al., 2014; Tavares et al., 2014; Thygesen et al., 2016).

O prognóstico destas crianças está diretamente relacionado à sua condição de nascimento, como idade gestacional (Castro; Rugolo; Margotto, 2012; Ramos et al., 2022), peso (Ramos et al., 2022), crescimento intrauterino (Munhoz et al., 2022) e a evolução clínica hospitalar, incluindo a necessidade de suportes ventilatórios (Gonzaga et al., 2007; Maia; Paiva; Clemente, 2016) e de procedimentos invasivos (Cunha et al., 2014). Adicionalmente, o prognóstico é fortemente influenciado pelas oportunidades de cuidados ofertados após a alta hospitalar (Sá et al., 2017) que perpassam desde a garantia de atendimento em ambulatórios de seguimento à crianças com risco de atraso no desenvolvimento, o fortalecimento do vínculo do cuidador com os serviços de saúde para que não haja abandono do acompanhamento do lactente (Braga; Sena, 2012) até os cuidados ofertados, pelos cuidadores, no domicílio, como os estímulos motores e sensoriais, de acordo com as orientações da equipe multiprofissional (Ramos et al., 2022), principalmente nos dois primeiros anos de vida por ser um dos períodos mais cruciais para o desenvolvimento infantil (Cunha; Leite; Almeida, 2015).

Considerando que a prematuridade demanda cuidados específicos à criança, fortalecer as habilidades e competências dos pais para o cuidado contribui para melhores resultados quanto à saúde das crianças, além de auxiliar na redução do estresse e da ansiedade parental (Nurlaila et al., 2022; Pivodic et al., 2014; Polizzi et al., 2021; Trubian et al., 2022). O desenvolvimento da competência parental para o cuidado pode ser favorecido com ações de educação em saúde desenvolvidas por

equipes multiprofissionais. Um estudo realizado por Trubian e colaboradores (2022) identificou melhora no desenvolvimento motor de lactentes quando os pais compreenderam e aplicaram as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde de um ambulatório de seguimento de Alto Risco.

Para que os pais possam assimilar e aplicar essas orientações de maneira eficaz, é essencial considerar o conceito de Letramento em Saúde (LS), especialmente no contexto do cuidado infantil. O LS diz respeito à capacidade de compreender e utilizar informações sobre saúde, não necessariamente equivalente à escolaridade, mas sim à forma como os cuidadores tenham oportunidade de acesso e de utilizarem os recursos sociais para direcionar o cuidado aos lactentes e evitar pioras clínicas (Simão et al., 2023). No caso do letramento em saúde parental, essa habilidade torna-se fundamental para a tomada de decisões informadas sobre a saúde da criança (Martins et al., 2022a), para a adesão às práticas de cuidado recomendadas (Diniz et al., 2019; Siqueira, 2022) e para a obtenção de melhores desfechos em saúde infantil (Ferreira et al., 2020; Jeong et al., 2021). O letramento em saúde pode ser influenciado por fatores socioeconômicos, como escolaridade e renda (Stormacq; Broucke; Wosinski, 2019), além de fatores individuais, como idade (Borges et al., 2022), estresse e privação do sono (Martins et al., 2022a), os quais podem impactar a forma como os pais absorvem e aplicam as informações recebidas.

Frequentemente as famílias precisam passar por uma reorganização familiar quanto aos recursos financeiros e humanos para conseguir atender às necessidades de cuidados continuados às crianças nascidas prematuras (Barbosa; Sousa; Leite, 2015). Nesses casos, normalmente a mãe se torna a cuidadora principal (Felizardo et al., 2020) e, em alguns casos, renuncia o trabalho fora de casa para se dedicar aos cuidados familiares (Messa; Mattos; Sallum, 2019). Em paralelo, a depender das necessidades de equipamentos de saúde, fórmulas especiais e medicações poderá haver um aumento das despesas familiares (Lakshmanan et al., 2017).

O conjunto das mudanças vivenciadas pelas famílias para cuidar de uma criança nascida prematura modificam a dinâmica familiar e pode comprometer a Qualidade de Vida dos cuidadores principais (Garfield et al., 2015; Howe et al., 2014; Treyvaud, 2014). A Qualidade de Vida (QV) diz respeito às percepções individuais de bem-estar físico, mental e emocional interligadas a aspectos políticos e socioeconômicos em relação aos objetivos, expectativas e preocupações pessoais (WHO, 2008). Dessa forma, à semelhança do LS, a QV também é influenciada por

múltiplos fatores e está relacionada à forma como as necessidades e expectativas pessoais são atendidas no contexto social e individual.

Cuidadores de RNPT costumam apresentar uma percepção negativa da Qualidade de Vida quando há uma descompensação da doença de base ou a piora da condição clínica da criança (Cardoso et al., 2021; Robertson et al., 2023). Isto significa que quando se trata de mães de RNPT, a percepção de Qualidade de Vida está mais relacionada com a condição de saúde do lactente do que com a sua própria condição de vida.

O Letramento em Saúde Parental influencia a forma como o cuidador compreende e toma decisões relacionadas ao cuidado do lactente. A maior capacidade de interpretar informações e adotar medidas adequadas, tende a resultar em tomadas de decisão mais eficazes, o que pode refletir em uma melhor saúde do lactente (Martins et al., 2022a). O que também tem o potencial de contribuir para a modificar a qualidade vida das mães e favorecer um ambiente de cuidado mais seguro e saudável para a família. Dessa forma, diversos fatores relacionados ao cuidado podem impactar a Qualidade de Vida do cuidador.

A literatura já estabelece a correlação entre Qualidade de Vida e Letramento em Saúde (Naimi et al., 2017; Sousa et al., 2020; Zhang et al., 2023), especialmente quando ambos se relacionam à condição de saúde do indivíduo, ou seja, quando o conhecimento sobre sua própria saúde impacta sua qualidade de vida. Uma pessoa com baixo Letramento em Saúde enfrenta barreiras na utilização dos serviços da rede de atenção à saúde (Sousa et al., 2020), dificuldades para aderir às recomendações terapêuticas (Jenabi; Gholamalíee; Khazaei, 2020) e apresenta uma condição de saúde mais fragilizada (Duarte, 2015; Li et al., 2023). Porém essa correlação não é completamente compreendida quando a percepção de qualidade de vida se refere ao Letramento em Saúde relacionado a outro indivíduo, como no caso da condição de saúde do lactente, isto é, o Letramento em Saúde Parental.

Portanto, o presente estudo pretende verificar a correlação do Letramento em Saúde Parental com a Qualidade de Vida das mães de lactentes nascidos prematuros. A hipótese é de que o maior Letramento em Saúde Parental está relacionado à maior Qualidade de Vida das mães.

Para o presente estudo definiu-se como pergunta de pesquisa: O Letramento em Saúde Parental das mães de lactentes nascidos prematuros está correlacionado à sua Qualidade de Vida?

## **2 OBJETIVO**

Verificar a correlação entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida das mães de lactentes nascidos prematuros.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Cuidado a criança nascida prematura

Independente da vontade de ser mãe, a gravidez provoca mudanças físicas e emocionais na mulher que, desde então, começa a assimilar o processo de se tornar mãe (Zanatta; Pereira; Alves, 2017). A representação de tornar-se pai e mãe começa a se concretizar no preparo para a chegada do bebê como a compra do enxoval, organização do quarto e planejamento dos meses subsequentes à descoberta da gravidez (Cypriano; Pinto, 2011). Porém, o nascimento de um bebê prematuro, idade gestacional menor que 37 semanas, na maioria das vezes, acontece de maneira inesperada, há uma ruptura corporal (mãe-feto) e uma ruptura com o recém-nascido devido a necessidade da internação em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) (Freitas; Lazzarini, 2020).

Os pais, em um curto período, precisam lidar com a chegada de um recém-nascido em um ambiente desconhecido (Cypriano; Pinto, 2011; Freitas; Lazzarini, 2020; Pinto et al., 2017). Surgem preocupações em relação à sobrevivência (Freitas; Lazzarini, 2020; Veronez et al., 2017) e o medo das repercussões que a prematuridade pode causar na vida dos filhos (Gündoğdu; Mert; Gündüz, 2022; Pivodic et al., 2014). Além disso, ocorre uma nova dinâmica familiar (Joaquim et al., 2018), visto que, quanto menor a idade gestacional e o peso ao nascer, maior o período de internação hospitalar dos recém-nascidos, e conseqüentemente dos pais (Lawlor et al., 2018; Queiroz; Gomes; Moreira, 2018). Além disso, um maior o tempo de internação pode estar relacionado com maiores chances de complicações advindas da condição clínica causada pela prematuridade (Khasawneh; Khriesat, 2020; Melo et al., 2022; Souza et al., 2024) o que provoca um maior nível de estresse e ansiedade para os pais.

Apesar desse contexto, os pais ficam felizes com a chegada do filho, esperançosos para que haja uma melhora rápida e ansiosos com o retorno para a casa junto com o bebê (Hua et al., 2022; Santos et al., 2020). Nos nascimentos prematuros, o processo de se tornar mãe ou pai de um recém-nascido ocorre, na maioria das vezes, dentro do ambiente hospitalar. Esse processo dentro da UTIN pode ser representado por ter a oportunidade de trocar fraldas, segurar uma sonda gástrica durante a administração de dieta, ofertar leite materno mesmo que por dispositivos médicos, ter a possibilidade do contato pele a pele (método canguru), escolher a roupa

que o bebê irá utilizar, ou seja, participar de alguma maneira do cuidado (Langaro et al., 2022; Pino-Rivera et al., 2024; Souza et al., 2022). Já a não amamentação, a limitação ao toque, a não inclusão dos pais nos cuidados, podem dificultar a construção da parentalidade (Cypriano; Pinto, 2011).

Portanto, os cuidados ofertados pelos pais na UTIN são limitados e, à medida que o bebê melhora do ponto de vista clínico, eles são preparados para assumir os cuidados de forma integral fora do ambiente hospitalar. Além dos cuidados básicos a qualquer lactente, os pais de prematuros apresentam maiores preocupações em relação à saúde do filho e, enfrentam maiores limitações em suas vidas, pois crianças prematuras podem apresentar maior dependência dos cuidadores (Silva, 2019). Isso ocorre porque elas são mais propensas a atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (Schiavo et al., 2020), déficit nutricional (Malikiwi et al., 2019) e morbidades como infecções de vias aéreas superiores, alterações neurológicas e doenças respiratórias crônicas (Ramos et al., 2022), especialmente no primeiro ano de vida (Rodrigues; Bolsoni-Silva, 2011). Além disso, há maiores chances de re-hospitalização (Hayakawa et al., 2010; Mansano et al., 2023) e dificuldades na adaptação escolar (Franz et al., 2018).

O desenvolvimento das habilidades cognitivas e motoras tem o seu auge nos primeiros dois anos de vida e a prematuridade pode vir acompanhada de morbidades graves que acarretam atrasos (Munhoz et al., 2022; Ramos et al., 2022; WHO, 2023). Além disso, baixas condições socioeconômicas podem potencializar os atrasos nessas situações (Silva; Freire; Dutra, 2021). Por outro lado, as oportunidades de receber cuidados direcionados às necessidades individuais dos lactentes diminuem os riscos de morbidades associadas à prematuridade e melhoram o desenvolvimento neuropsicomotor (Ferreira et al., 2020; Xavier; Bernardino; Gaíva, 2020).

As oportunidades de cuidado à saúde de crianças nascidas pré-termo nos primeiros anos de vida dependem do acesso a centros especializados (Tronchin; Tsunechiro, 2007) e do envolvimento da família nos cuidados (Trubian et al., 2022). Esse último constitui um fator primordial para o desenvolvimento infantil, visto que o lactente passa a maior parte do tempo neste período com a família, em especial com o cuidador principal (Santos, 2022) que é a pessoa responsável pela tomada de decisão e prestação de cuidado (Martins, 2006).

Os pais, de modo geral, têm um forte desejo de que seus filhos apresentem um desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade. No caso de bebês

prematturos, esse desenvolvimento pode ser impactado por diversas morbidades nos primeiros dois anos de vida, como distonias transitórias, menores escores nos testes de desenvolvimento, deficiências sensoriais, atraso na linguagem e paralisia cerebral (Ramos et al., 2022; Silveira, 2012). No entanto, essas condições podem ser amenizadas com o envolvimento ativo dos pais no cuidado com a criança com dedicação ao estímulo do desenvolvimento físico, motor e cognitivo da criança. Esse período é crucial para o aprendizado da linguagem e a formação de vínculos afetivos, tornando essencial o esforço dos cuidadores.

Entretanto, esse comprometimento exige dos pais e, em especial, das mães, que geralmente assumem o papel principal nos cuidados, uma grande capacidade de adaptação. Além dos desafios relacionados à saúde do bebê, as mães de recém-nascidos prematturos enfrentam mudanças significativas em sua qualidade de vida, especialmente devido à sobrecarga física e emocional (Garfield et al., 2015; Howe et al., 2014). O longo período de internação hospitalar, a incerteza sobre o desenvolvimento do filho e a necessidade de dedicação integral aos cuidados aumentam os níveis de estresse, podendo levar a sintomas de ansiedade e depressão (Freitas; Lazzarini, 2020; Gündoğdu; Mert; Gündüz, 2022; Veronez et al., 2017). Além disso, a rotina dessas mães é fortemente impactada, pois muitas precisam se afastar do trabalho por períodos prolongados, enfrentando dificuldades financeiras e insegurança profissional (Lakshmanan et al., 2017; Messa; Mattos; Sallum, 2019). O isolamento social também se torna um fator relevante, já que o tempo dedicado ao bebê e a preocupação constante reduzem as interações sociais e o acesso a momentos de lazer. Dessa forma, o esforço necessário para promover o desenvolvimento da criança também se reflete diretamente na Qualidade de Vida.

A Qualidade de Vida é influenciada por diversos fatores e envolve uma percepção subjetiva do próprio indivíduo. No entanto, não se trata de uma responsabilidade exclusiva da pessoa, pois também é impactada por condições externas, como suporte social, acesso a serviços de saúde, políticas públicas e quando se trata de mães de RNPT ela também pode ser impactada pela condição de saúde da criança. A literatura já disponibiliza instrumentos que permitem uma avaliação mais abrangente, considerando aspectos objetivos e subjetivos para compreender melhor os fatores que contribuem para uma pior ou melhor Qualidade de Vida (Fleck et al., 2000).

### **3.2 Letramento em saúde e a contribuição para o cuidado de crianças nascidas prematuras**

De acordo com o estudo cientiométrico realizado por Peres e colaboradores (2017), no Brasil, houve uma publicação em 1998 na qual os autores abordaram a literacia em saúde como um conhecimento importante na área da saúde para a comunidade. Porém, após essa publicação, não houve estudos que abordassem o tema até 2005, como mostra a revisão realizada seguindo o modelo de análise de conteúdo por Frederico Peres (2023). A literatura científica brasileira começou a adotar os termos alfabetização em saúde, letramento em saúde e literacia em saúde a partir de 2005 como tradução do termo em inglês *health literacy* (Peres, 2023).

O marco que pode justificar o aumento de estudos científicos sobre a temática foi a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006 (Brasil, 2006). Essa política tem como um dos princípios a participação social, a autonomia e o empoderamento. Além disso, um de seus objetivos é promover a capacidade dos sujeitos para a tomada de decisão e a autonomia, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e competências em promoção e defesa da saúde e da vida (Brasil, 2006; Peres et al., 2017).

O termo alfabetização em saúde está mais associado às habilidades de leitura, escrita e interpretação de números. Já o termo Letramento em Saúde tem sido mais utilizado como maneira de compreensão das informações para promoção e manutenção da saúde e para tomada de decisão. No que tange a comparação com a alfabetização em saúde, o Letramento em Saúde é mais amplo, uma vez que inclui competências adquiridas no âmbito das relações sociais (Peres, 2023).

O termo literacia em saúde abrange de maneira mais ampla o conceito de *health literacy*, sendo utilizado como estratégia para o desenvolvimento de habilidades e competências que garantam a autonomia e o empoderamento dos indivíduos no processo de tomada de decisões sobre sua saúde ou a de terceiros. Além disso, visa promover hábitos saudáveis e sustentáveis de vida, bem como o controle de doenças e condições crônicas. Esse termo é amplamente utilizado em Portugal para qualificar os processos individuais e coletivos de tomada de decisão informada sobre saúde e qualidade de vida (Peres, 2023). Ao utilizar o conceito de literacia em saúde, é necessária uma análise que leve em conta as práticas sociais e culturais,

considerando a interação do indivíduo com pessoas, instituições e serviços (Abel; Benkert, 2022; Peres, 2023).

Dado esse contexto, o presente estudo opta pelo termo Letramento em Saúde, uma vez que seu foco está na avaliação da capacidade de compreensão dos cuidadores diante das orientações de cuidados e das situações vivenciadas no dia a dia. Para mais, utilizaremos o termo Letramento em Saúde parental para enfatizar que a análise se refere ao conhecimento que as mães têm sobre os cuidados prestados aos lactentes, e não ao letramento relacionado à sua própria condição de saúde.

Atualmente, o Letramento em Saúde é considerado um importante determinante social de saúde (DSS), sendo influenciado por condições individuais e coletivas, e não apenas pelo nível de instrução ou capacidade cognitiva. Tanto é que, na 9ª Conferência Global para Promoção da Saúde, ele foi destacado como um dos três pilares essenciais para a promoção da saúde. Além de capacitar as pessoas a tomarem decisões importantes sobre sua própria saúde e a de quem está sob seus cuidados, o LS qualifica os indivíduos para reivindicar direitos e contribuir na formulação de políticas, promovendo o entendimento dos impactos dessas decisões na vida pessoal e na sociedade (WHO, 2017).

Nesse contexto, o Letramento em Saúde torna-se especialmente relevante para os pais de bebês prematuros, que, após o nascimento, começam a assimilar a realidade da prematuridade e a compreender as demandas de cuidado dentro do ambiente hospitalar (Taştekin; Bayhan, 2023). Estudos indicam que pais de bebês com condições clínicas mais complexas apresentam um alto nível de Letramento em Saúde ainda durante a internação na UTIN (Enlow et al., 2019). No entanto, esse letramento, adquirido no ambiente hospitalar, não necessariamente se traduz em segurança no cuidado após a alta. Mesmo aqueles que passaram por longos períodos de internação e receberam preparação para a alta podem se sentir inseguros ao levar o bebê para casa, pois passam de coadjuvantes a protagonistas no cuidado.

Pais de recém-nascidos a termo apresentam uma maior preocupação nos primeiros meses após a alta hospitalar, com a amamentação e apresentam maior dificuldade em relação à privação de sono. Já os pais de recém-nascidos pré-termo, após a alta hospitalar, ficam temerosos com uma piora clínica relacionada a dificuldade de alimentação, piora do padrão respiratório e ficam bastante preocupados com o desenvolvimento neuropsicomotor (Green et al., 2021).

O nascimento prematuro faz com que o bebê tenha que desenvolver algumas competências fisiológicas extra útero e, por isso, para alta segura, alguns critérios são necessários, entre eles, controle da temperatura corporal, amamentação por via oral (VO) sem intercorrências como engasgos ou esforço respiratório, os pais ou cuidadores devem ter segurança para realizar os cuidados básicos e o RN deve ter o seguimento ambulatorial garantido (Silveira, 2012). Observa-se que um dos critérios para alta segura do RNPT é a garantia de um cuidado seguro em casa e essa garantia pode ser adquirida com o Letramento em Saúde adequado, a fim de promover os cuidados básicos como alimentação e higiene, prevenção de infecções e outros agravos à saúde que levam a reinternação e a promoção ao desenvolvimento neuropsicomotor, uma vez que prematuros apresentam maiores chances de comprometimento nesses campos.

O desenvolvimento infantil depende tanto dos fatores intrínsecos, relacionados à condição de saúde da própria criança (Chung; Chou; Brown, 2020; Schiavo et al., 2020) e dos fatores extrínsecos como dos estímulos que são ofertados pelos adultos (Ramos et al., 2022). Considerando que a prematuridade interfere tanto nos fatores intrínsecos quanto nos fatores extrínsecos para o desenvolvimento infantil (Al Maghaireh et al., 2016), um Letramento em Saúde adequado dos pais garante o cuidado seguro (Ferreira et al., 2020; Liang et al., 2018), a promoção de um desenvolvimento adequado (Trubian et al., 2022) e, principalmente, auxilia os cuidadores a tomarem decisões assertivas que proporcionam um melhor prognóstico aos bebês.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo transversal, alinhado a uma coorte, desenvolvido como parte do projeto “Determinantes sociais de saúde, a qualidade de vida e o funcionamento de famílias de crianças nascidas prematuras <37 semanas”. Os objetivos deste projeto geral foram: 1) conhecer como os determinantes sociais da saúde (DSS), a qualidade de vida e o funcionamento familiar influenciam os resultados de saúde de crianças nascidas com menos de 37 semanas de idade gestacional no domicílio e; 2) analisar a relação dos DSS, da qualidade de vida e do funcionamento das famílias de recém-nascidos prematuros nos resultados de saúde das crianças no primeiro ano de vida.

### **4.2 Cenário do estudo**

Estudo realizado no Ambulatório de Seguimento da Criança de Alto Risco do Hospital Sofia Feldman, localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se do ambulatório da maior maternidade do estado, principal referência no atendimento materno-infantil no pré-natal de alto risco, parto e nascimento, urgências ginecológicas e no seguimento a prematuros. Cerca de 25% das crianças acompanhadas residem na Região Metropolitana de Belo Horizonte e a maioria é do interior de Minas Gerais. O Hospital Sofia Feldman possui 50 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 40 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais (UCI) e 20 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCICa), totalizando 110 leitos. É uma instituição filantrópica que se destaca pelo atendimento humanizado há mais de 40 anos, financiada 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e que realiza cerca de 900 partos por mês (Hospital Sofia Feldman, 2025).

Para iniciarem o seguimento no Ambulatório, os lactentes de alto risco para atraso no desenvolvimento neuropsicomotor são identificados pela equipe multidisciplinar durante a internação e encaminhados para o Ambulatório no momento da alta. Eles saem do hospital com a primeira consulta de seguimento agendada e são acompanhadas até os dois anos de idade corrigida. O critério de alta hospitalar pela idade gestacional corrigida no hospital (IGCo) é de 35 semanas.

A recomendação geral é que a primeira consulta ambulatorial aconteça de sete a dez dias após a alta hospitalar, com revisões mensais até os seis meses de idade corrigida (Silveira, 2012). Mas, os lactentes têm comparecido para primeira consulta no Ambulatório com até cinco meses. Em parte, esse início tardio do acompanhamento está relacionado com o grande número de recém-nascidos de alto risco do hospital e a quantidade de vagas ofertadas no ambulatório.

Com o objetivo de manter a integralidade do cuidado e identificação e intervenção precoces em alterações do crescimento e desenvolvimento infantil, as consultas são realizadas por enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, com apoio de equipe multiprofissional composta por assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo, neurologista pediatra, nutricionista e psicólogo, quando necessário. Os atendimentos são realizados junto com residentes multiprofissionais e estudantes do projeto de extensão “O cuidado ao recém-nascido de alto risco e sua família: contribuições para a construção da integralidade e continuidade do cuidado” da escola de enfermagem da UFMG com o apoio de mestrandas e doutorandas, às segundas-feiras (manhã) e quartas e sextas-feiras (manhã e tarde).

### **4.3 População estudada**

A população desse estudo foi composta por mães de lactentes nascidos pré-termo com idade corrigida de até quatro meses e 31 dias que compareceram à primeira consulta no período de um ano no Ambulatório de Seguimento da Criança de Alto Risco do Hospital Sofia Feldman. Esse critério “quatro meses e 31 dias de idade corrigida” foi adotado considerando o tempo tardio que os lactentes têm sido levados para primeira consulta (até 5 meses de Idade corrigida).

Os critérios de inclusão foram: 1) ser mãe de lactentes nascidos prematuros, 2) ter 18 anos ou mais de idade no momento da entrevista e 3) aceitar participar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: 1) Mães de lactentes nascidos prematuros com alguma síndrome ou malformação severa, 3) Mães com dificuldades cognitivas e 4) deixar de preencher algum dos questionários aplicados.

Aplicando os critérios de inclusão e exclusão, em 73 consultas havia mães aptas a participarem da pesquisa. Entretanto, havia 4 gemelares, totalizando uma população a ser estudada de 69 mães.

#### **4.4 Coleta de dados**

A coleta de dados envolveu a aplicação de três instrumentos (questionários estruturados): 1) socioeconômico e demográfico, 2) Letramento em Saúde Parental (*Parental Health Literacy Activities Test* – PHLAT) e 3) Qualidade de Vida (*World Health Organization Quality of Life* – WHOQOL-bref).

Previamente ao início da coleta de dados um estudo piloto foi realizado para determinar: 1) como a coleta poderia ser realizada, 2) qual seria o melhor momento em relação à consulta para abordar os cuidadores, 3) qual seria a melhor ordem de aplicação dos instrumentos, 4) qual seria o local ideal para as entrevistas e 5) qual era a estimativa de tempo necessário. O estudo piloto teve duração de 30 dias e sete cuidadores de oito lactentes participaram. Os dados desses participantes do estudo piloto não foram incluídos nas análises, pois houve mudanças nos critérios de inclusão e ajuste no fluxo da coleta. Com o estudo piloto verificou-se um número elevado de faltas às consultas. Como uma medida para reduzi-las, foi implementada uma estratégia de confirmação prévia. Para isso, foram realizados contatos telefônicos na semana anterior à consulta para os casos elegíveis.

Após o estudo piloto e os ajustes no fluxo da coleta de dados, foi realizado um treinamento para os entrevistadores (estudantes de pós-graduação e graduação). A coleta foi iniciada em agosto de 2023 e finalizada em julho de 2024. No dia da consulta, os cuidadores foram convidados para participar e, em caso de aceite, as entrevistas individuais foram realizadas antes ou depois dos atendimentos utilizando versões impressas dos instrumentos.

Após a coleta foi realizada dupla entrada dos dados utilizando o Microsoft Excel. Em seguida foi realizada conferência das duas planilhas geradas, a fim evitar erros na entrada dos dados.

#### **4.5 Instrumentos para a coleta dos dados**

##### *4.5.1 Questionário socioeconômico e demográfico*

Os dados socioeconômicos e demográficos da mãe e do lactente foram coletados utilizando um questionário estruturado. Sobre a mãe foram coletados região de residência, idade, raça ou cor da pele, escolaridade, estado civil, ocupação, renda

familiar, quantidade de pessoas vivendo na mesma casa, dificuldade de obter o dinheiro necessário para manter o básico, interrupção do trabalho devido a problemas de saúde do lactente, dados sobre gestações e partos, outros nascimentos prematuros e histórico de óbito de filho menor de cinco anos. Sobre os lactentes as informações coletadas foram sexo, raça ou cor da pele, idade gestacional ao nascimento, gemelaridade, estatura e peso ao nascer, dias de internação após o nascimento, novas internações após a alta da maternidade, idade cronológica na data da entrevista, idade corrigida e alimentação (Apêndices A e B).

#### 4.5.2 *Questionário sobre Letramento em Saúde Parental*

Os dados sobre o Letramento em Saúde Parental foram coletados utilizando o instrumento *Parental Health Literacy Activities Test* (PHLAT) que foi traduzido e validado para o português brasileiro (Simch et al., 2020). No processo de validação, os autores mensuraram a confiabilidade analisando a consistência interna pelo coeficiente Alfa de Cronbach. No pré-teste o coeficiente foi de 0,73 e no teste/reteste foi de 0,69, considerados como satisfatórios. Este instrumento foi adotado por ser a única escala validada para medir o Letramento em Saúde Parental de pais ou cuidadores de crianças menores de 13 meses.

O PHLAT contém 20 questões mensuráveis em respostas certas ou erradas subdivididas em quatro domínios clínicos:

1. Nutrição (questões 1, 2, 3, 12, 17, 18, 19 e 20)
2. Psicossocial/desenvolvimento (questão 6)
3. Acidentes/segurança (questões 4 e 5) e
4. Clínica/avaliações/imunização (questões 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15 e 16).

As questões do PHLAT abordam situações comuns vivenciadas pelos cuidadores, por exemplo, o preparo de fórmula infantil (leite artificial) e medicamentos, compreensão das orientações sobre rótulos de alimentos, uso de medicamentos para febre, amamentação, entre outras (Anexo A). Para cada questão foi utilizado um material de apoio, como rótulos de fórmulas infantis e de alimentos, bula de medicamento, cartilha sobre amamentação, seringa e figuras (Simch et al., 2020).

#### 4.5.3 Questionário sobre Qualidade de Vida

Para mensurar a Qualidade de Vida foi adotado o instrumento *World Health Organization Quality of Life WHOQOL-bref* (Anexo B). Trata-se de um instrumento transcultural elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) e traduzido para o português brasileiro por Fleck et al. (2000). No processo de validação o instrumento apresentou uma consistência interna de 0,77, variando de 0,69 a 0,84 nos seus domínios, pelo coeficiente de Cronbach, o que demonstra uma boa confiabilidade (Fleck et al., 2000).

O WHOQOL-bref possui 26 questões com respostas estruturadas em escala tipo Likert, variando de 1 a 5 pontos. As questões 1 e 2 não são classificadas em domínios pois avaliam a qualidade de vida de maneira geral e as demais podem ser organizadas em quatro:

1. Físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18)
2. Psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26)
3. Relações sociais (questões 20, 21 e 22) e
4. Meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25).

O domínio físico aborda aspectos relacionados às atividades diárias, como alimentação, higiene e vestuário, além da dependência de medicamentos e da assistência médica necessária para o cuidado e tratamento de condições de saúde. Envolve também a gestão de energia para realizar as atividades do dia a dia, a fadiga, a mobilidade, o enfrentamento de dor e desconforto, a qualidade do sono e segurança e a capacidade de trabalho. O domínio psicológico foca na percepção da imagem corporal e da aparência, na gestão de sentimentos negativos como tristeza e ansiedade, e no cultivo de sentimentos positivos, autoestima e autoconfiança. Inclui ainda a influência da espiritualidade, religião e opinião pessoal sobre o bem-estar mental, bem como as funções cognitivas, como o pensamento, aprendizagem, memória e concentração. O domínio de relacionamentos sociais trata das interações e vínculos pessoais, do apoio social recebido de redes de suporte e da dimensão da atividade sexual, que afeta a saúde emocional e física. Já o domínio ambiental abrange recursos financeiros e a segurança física e proteção. Envolve também a qualidade da saúde e assistência social, a acessibilidade e adequação do ambiente

doméstico, inclui ainda a participação em atividades de lazer, a qualidade do ambiente físico (como poluição, ruído e clima) e o acesso a transporte.

#### 4.6 Variáveis

As variáveis desfecho neste estudo foram Letramento em Saúde Parental e Qualidade de Vida. O Letramento em Saúde Parental foi considerado como o desfecho primário e a Qualidade de Vida o desfecho secundário (Ferreira; Patino, 2017). Essas variáveis foram estudadas tanto de forma contínua quanto categórica, sendo essa última apenas nos parâmetros descritivos.

Para os estudos na forma contínua, os escores totais e por dimensões de ambas foram somados. Para o Letramento em Saúde Parental os escores foram calculados pela soma de respostas certas, sendo possível um máximo de 20 pontos. Para os escores de Qualidade de Vida, o valor escalar de cada questão foi somado, sendo possível pontuar de 26 a 130 pontos.

Para descrever a variável Letramento em Saúde Parental na perspectiva categórica, considerou-se o percentual de acertos (Simch et al., 2020):

1. *Alto Letramento em Saúde Parental*, quando a pontuação foi igual ou superior a 70% (14 acertos) e
2. *Baixo Letramento em Saúde*, quando foi abaixo de 70%.
3. No caso da variável Qualidade de Vida, para descrevê-la na perspectiva categórica, foi considerado:
4. *Percepção de pior qualidade de vida*, quando a somatória foi menor que 60 pontos e
5. *Percepção positiva da qualidade de vida*, quando foi igual ou maior que 60 (Silva et al., 2014).

As covariáveis estudadas foram relacionadas às mães e aos lactentes:

- a) Em relação as mães: região de residência (Belo Horizonte, região metropolitana ou interior de Minas Gerais), idade (18 a 29 ou  $\geq 30$  anos), raça ou cor da pele (branca/amarela ou preta/parda), estado civil (solteira/divorciada ou casada/união estável), escolaridade (até ensino médio incompleto, ensino médio completo ou superior completo), ocupação (responsável pelos cuidados do lar, empregada, autônoma/empregadora ou não ocupada), dificuldade de

obter o dinheiro necessário para manter o básico (nunca, raramente, com alguma frequência, muito frequente), interrupção do trabalho devido a problemas de saúde do lactente (sim ou não), renda familiar, situação econômica familiar (extrema pobreza, pobreza ou ausência de pobreza) (IBGE, 2024), número de gestações maternas (1, 2, 3 ou  $\geq 4$ ), partos maternos (1, 2 ou  $\geq 3$ ), mãe com histórico de outros filhos prematuros (sim ou não), histórico de óbitos em menores de cinco anos de idade (sim ou não), gestação gemelar (sim ou não);

- b) Em relação ao lactente: idade gestacional ao nascimento (prematuro extremo [ $< 28$  semanas], muito prematuro [28 a 31 semanas e 6 dias], prematuro moderado [32 a 33 semanas e 6 dias] ou prematuro tardio [34 a 36 semanas e 6 dias]), sexo (masculino ou feminino), raça ou cor da pele (branca/amarela ou preta/parda), estatura, peso ao nascer (extremo baixo peso [ $< 1.000\text{g}$ ], muito baixo peso [1.000 a 1.500g], baixo peso [ $< 2500\text{g}$ ] ou normal [2.500 a 3.999g]), dias de internação, novas internações após a alta, idade cronológica no momento da entrevista (3 a 4 ou 5 a 6 meses), idade corrigida no momento da entrevista (1 a 2 ou 3 a 4 meses), alimentação atual do lactente (aleitamento materno exclusivo, aleitamento materno predominante, aleitamento materno complementado ou fórmula).

#### 4.7 Análises

Para a análise dos dados, primeiramente foi realizada avaliação da distribuição dos dados quanto à normalidade e quanto à presença de *outliers*. Em relação à normalidade, constatou-se uma distribuição normal tanto para o escore total de Letramento em Saúde Parental quanto para o escore total de Qualidade de Vida. Para essa constatação foi adotado o teste Kolmogorov-Smirnov e observado valores de  $p$  0,079 e 0,082, respectivamente para Letramento e Qualidade de Vida. Em relação a *outliers*, apenas um registro foi observado e retirado das análises, restando então no estudo 68 mães – observado na escala de Letramento em Saúde Parental, ID C418, escore total igual a 3 (Apêndice C).

Para as análises descritivas foram calculadas frequências absolutas e relativas quando se tratou de variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas, foram calculadas médias, desvio-padrão e valores mínimos e máximos.

Nas análises inferenciais, as diferenças entre as medidas de tendência central e de dispersão foram analisadas pelo teste t Student para amostras independentes, quando estiveram em análise dois grupos. Quando três ou mais grupos estiveram em análise, a análise de variância (ANOVA) foi adotada considerando o teste de Levene para apreciar a homogeneidade ( $p < 0,05$  como indicador de violação da homogeneidade da variância) e testes Post Hoc (Turkey) para apreciar as diferenças entre cada par de grupos quando três ou mais.

A análise da correlação entre as variáveis Letramento em Saúde Parental e Qualidade de vida foi testada por meio da correlação bivariada de Pearson ( $r$ ), considerando a distribuição normal dos dados. Gráficos de dispersão foram gerados para as análises preliminares da distribuição dos dados aplicando retas de regressão linear com 95% de intervalos de confiança (IC95%) que possibilitaram a visualização da relação entre as duas variáveis, se positiva ou negativa.

Os valores da correlação foram interpretados em *insignificante* quando o valor variou de 0 a 0,3 (0 a -0,3), *baixa* 0,31 a 0,5 (-0,31 a 0,-5), *moderada* 0,51 a 0,7 (-0,51 a -0,7), *alta* 0,71 a 0,9 (-0,71 a -0,9) ou *muito alta* se  $> 0,9$  ou  $< -0,9$  (Mukaka, 2012). Em todas as análises foram considerados níveis de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). Todas as análises foram realizadas no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 28).

#### **4.8 Considerações éticas**

Este estudo foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016, respeitando os princípios éticos. Aprovado sob o Número do Parecer: 5.926.976.

## 5 RESULTADOS

Este estudo contou com 68 mães responsáveis pelos cuidados de 72 lactentes nascidos prematuros, considerando os irmãos gemelares levados para o atendimento. A maior parte residia no interior do estado. A média de idade era de 28 anos (desvio padrão de 7,08), tendo variou de 18 a 45 anos. A maioria se autodeclarou como de raça ou cor da pele preta ou parda e estavam casadas ou em união estável. Aproximadamente um terço não havia completado o ensino fundamental e um pouco menos da metade não possuía trabalho remunerado. Quanto à situação econômica, quase a metade delas estava em situação de pobreza, 4,7% em extrema pobreza. Cerca de quatro em cada 10 responderam que depois do nascimento do lactente, foi difícil obter o dinheiro necessário para manter o básico e quase um terço parou de trabalhar devido à condição de saúde do lactente (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas e econômicas das mães cuidadoras principais dos lactentes nascidos prematuros (n=68).

Variáveis	n (%)	Média (DP; min - máx.)
<b>Região de residência</b>		
Belo Horizonte	14 (21,5)	
Região metropolitana	21 (32,3)	
Interior do estado de Minas Gerais	30 (46,2)	
<b>Idade em anos</b>		28,9 (7,08; 18 – 45)
18 a 29	38 (56,7)	
≥ 30	29 (43,3)	
<b>Raça ou cor da pele</b>		
Branca ou amarela	10 (14,7)	
Preta ou pardo	58 (85,3)	
<b>Estado civil</b>		
Solteira ou divorciada	22 (32,4)	
Casada ou união estável	46 (67,6)	
<b>Escolaridade</b>		
Até ensino médio incompleto	21 (30,9)	
Ensino médio completo	39 (57,4)	
Superior completo	8 (11,8)	
<b>Ocupação</b>		
Responsável pelos cuidados do lar	8 (12,1)	
Empregada	29 (43,9)	
Autônoma ou empregadora	6 (9,18)	
Não ocupada	23 (34,8)	
<b>Renda familiar mensal</b>		3.086,18 (2.361,09; 600 – 15.000)
<b>Renda mensal per capita</b>		851,82 (546,42; 86 – 2.667)
<b>Situação econômica</b>		
Extrema pobreza	3 (4,7)	
Pobreza	28 (43,8)	

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP; min - máx.)</b>
Ausência de pobreza	33 (51,6)	
<b>Desde o nascimento do lactente com que frequência tem sido difícil obter o dinheiro necessário para manter o básico</b>		
Nunca	41 (61,2)	
Raramente	11 (16,4)	
Com alguma frequência	9 (13,4)	
Muito frequente	6 (9,0)	
<b>Parou de trabalhar devido a problemas de saúde ou devido a saúde do lactente</b>		
Não	45 (70,3)	
Sim	19(29,7)	

Notas: n = frequência, % = proporção, DP = desvio padrão, min: mínimo, máx.: máximo.

Em relação às características maternas, a maioria tinha histórico de mais de duas gestações, e pouco mais da metade tinha histórico de um parto. A grande maioria não teve outros filhos prematuros e quase a totalidade não havia tido óbito de filho menor de cinco anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Características maternas das mães cuidadoras principais dos lactentes nascidos prematuros (n=68).

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>
<b>Número de gestações</b>	
1	30 (44,1)
2	16 (23,5)
3	12 (17,6)
≥ 4	10 (14,7)
<b>Número de partos</b>	
1	35 (51,5)
2	19 (27,9)
≥ 3	14 (20,6)
<b>Teve outros filhos prematuros</b>	
Não	58 (85,3)
Sim	10 (14,7)
<b>Histórico de óbito de filho menor que cinco anos</b>	
Não	65 (97,0)
Sim	2 (3,0)

Notas: n: frequência, %: porcentagem.

No que diz respeito aos lactentes, a maioria era do sexo feminino e foi declarada como de raça ou cor da pele preta ou parda. A média da idade gestacional ao nascimento havia sido de 31,6 semanas, variando de 25 a 36 semanas e 6 dias, e a maior parte havia nascido muito prematuro. A grande maioria não havia nascido de

gestação gemelar. Ao nascimento, a estatura média havia sido de 39,5 cm e o peso, em média, de 1.497 gramas. Pouco mais da metade nasceu com menos de 1.500 gramas de peso e ficou, em média, 32 dias internados após o nascimento. A grande maioria não precisou de reinternação após a alta hospitalar e, no momento da entrevista, tinha idade cronológica de quatro meses (apenas uma criança tinha 3 meses) e idade corrigida entre um e dois meses. Um pouco mais da metade (54,1%) estava em aleitamento materno, mas apenas cerca de duas em cada 10 estava em aleitamento materno exclusivo (Tabela 3).

Tabela 3 – Características dos lactentes nascidos prematuros filhos das mães principais cuidadoras incluídas no estudo (n=72).

<b>Variáveis</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (DP, min – máx.)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	31 (43,1)	
Feminino	41 (56,9)	
<b>Raça ou cor da pele</b>		
Branca ou amarela	24 (33,8)	
Preta ou parda	47 (66,2)	
<b>Idade Gestacional ao nascimento (em semanas)</b>		31,65 (2,89; 25 – 36)
Prematuro extremo	8 (11,1)	
Muito prematuro	31 (43,1)	
Prematuro moderado	15 (20,8)	
Prematuro tardio	18 (25,0)	
<b>Nasceu de gestação gemelar</b>		
Não	64 (88,9)	
Sim	8 (11,1)	
<b>Estatura ao nascer (em cm)</b>		39,50 (4,81; 25 – 50)
<b>Peso ao nascer (em gramas)</b>		1.494,21 (525,94; 530 – 3.110)
Extremo baixo peso (< 1.000)	17 (23,6)	
Muito baixo peso (1.000 a 1.500)	20 (27,8)	
Baixo peso (< 2.500)	33 (45,8)	
Normal (2.500 a 3.999)	2 (2,8)	
<b>Dias de internação após o nascimento</b>		32 (24; 4 – 124)
<b>Novas internações após a alta ao nascer</b>		
Não	64 (91,4)	
Sim	6 (8,6)	
<b>Idade cronológica no momento da entrevista (meses)</b>		4,98 (0,79; 4 – 6)
3 a 4 meses	41 (56,9)	
5 meses	20 (27,8)	
6 meses	11 (15,5)	
<b>Idade corrigida no momento da entrevista</b>		2,88 (0,62; 2 – 4)
1 a 2 meses	44 (61,1)	
3 a 4 meses	28 (38,9)	

Variáveis	n (%)	Média (DP, min – máx.)
<b>Alimentação da criança no momento da entrevista</b>		
Aleitamento materno exclusivo	16 (22,2)	
Aleitamento materno predominante	5 (6,9)	
Aleitamento materno complementado	18 (25,0)	
Fórmula	31 (43,1)	
Outros	2 (2,8)	

Notas: n: frequência, %: porcentagem, DP: desvio padrão, min: mínimo, máx.: máximo.

O escore total médio de Letramento em Saúde Parental das mães foi 12,5 (DP = 2,7), considerado baixo Letramento em Saúde Parental. Esse escore total foi estatisticamente diferente segundo a escolaridade, situação econômica familiar, número de gestações e número de partos. Mães com baixa escolaridade, em situação de pobreza, com histórico de três gestações e de três ou mais partos foram as que apresentaram menores escores totais de Letramento em Saúde ( $p < 0,05$ ). No domínio *Nutrição*, mães *solteiras ou divorciadas* e aquelas vivendo em situação econômica de *extrema pobreza* tiveram escores de Letramento mais baixos ( $p < 0,05$ ). No domínio *Psicossocial e desenvolvimento*, mães com histórico de dois ou mais partos apresentaram menores escores de Letramento ( $p < 0,05$ ). No domínio *Acidente e segurança*, mães *solteiras ou divorciadas*, aquelas com histórico de quatro ou mais gestações, se comparadas a aquelas com duas gestações, e as que tiveram óbitos em filhos menores de 5 anos apresentaram um escore de Letramento em saúde mais baixo ( $p < 0,05$ ). No domínio *Clínica, avaliação e imunização* não houve diferença do escore de LSP entre os grupos (Tabela 4).

Tabela 4 – Escore total e por domínios do Letramento em Saúde Parental segundo as características das mães cuidadoras principais dos lactentes prematuros (n=68).

Variáveis	Escore total		Nutrição		Psicossocial e desenvolvimento		Acidente e segurança		Clínica, avaliação e imunização	
	Média (DP)	p *	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
<b>Geral</b>	12,5 (2,7)		5,3 (1,58)		0,4 (0,49)		1,2 (0,71)		5,5 (1,67)	
<b>Idade</b>		0,950		0,578		0,077		0,610		0,917
19 - 29	12,5 (2,8)		5,2 (1,63)		0,5 (0,50)		1,2 (0,76)		5,4 (1,58)	
≥ 30	12,5 (2,7)		5,4 (1,52)		0,3 (0,47)		1,1 (0,65)		5,5 (1,80)	
<b>Raça ou cor</b>		0,058		0,069		0,857		0,449		0,295
Branca ou Amarela	11,0 (3,1)		4,5 (1,43)		0,4 (0,51)		1,1 (0,56)		5,0 (1,63)	
Preta ou parda	12,7 (2,6)		5,4 (1,57)		0,4 (0,5)		1,2 (0,73)		5,6 (1,68)	
<b>Escolaridade</b>		<b>0,025</b>		0,197		0,802		0,535		0,087
1. EM incompleto	<b>11,4 (2,6)</b>	†	4,9 (1,46)		0,3 (0,4)		1,1 (0,80)		5,0 (1,48)	
2. EM completo	<b>12,7 (2,7)</b>		5,3 (1,58)		0,4 (0,5)		1,2 (0,68)		5,5 (1,78)	
3. Sup. Completo	<b>14,3 (1,5)</b>	†	6,1(1,7)		0,3 (0,5)		1,3 (0,51)		6,5 (1,06)	
<b>Estado civil</b>		0,123		<b>0,039</b>		0,751		<b>0,024</b>		0,917
Solteira ou divorciada	11,7 (2,3)		<b>4,8 (1,25)</b>		0,4 (0,5)		<b>0,9 (0,7)</b>		5,5 (1,5)	
Casada ou união estável	12,8 (2,8)		<b>5,5 (1,66)</b>		0,4 (0,4)		<b>1,3 (0,6)</b>		5,5 (1,7)	
<b>Ocupação</b>		0,141		0,681		0,228		0,407		0,304
Responsável pelos cuidados do lar	12,8 (3,8)		5,6 (1,84)		0,2 (0,46)		1,0 (0,75)		6,0 (1,19)	
Empregada	13,2 (2,9)		5,5 (1,82)		0,5 (0,50)		1,3 (0,71)		5,7 (1,4)	
Autônoma ou empregadora	12,6 (2,2)		5,0 (1,21)		0,5 (0,54)		1,5 (0,54)		5,3 (2,16)	
Não ocupada	11,4 (2,7)		5,0 (1,59)		0,3 (0,47)		1,0 (0,73)		5,0 (1,93)	
<b>Dificuldade de obter o dinheiro para manter o básico</b>		0,602		0,337		0,399		0,196		0,732
Nunca	12,4 (2,7)		5,3 (1,69)		0,3 (0,48)		1,3 (0,65)		5,4 (1,67)	
Raramente	11,9 (2,9)		4,6 (1,50)		0,3 (0,50)		1,1 (0,87)		5,7 (1,84)	
Com alguma frequência	12,5 (3,1)		5,7 (1,30)		0,6 (0,50)		0,7 (0,83)		5,3 (1,93)	
Muito frequente	13,8 (2,2)		5,8 (1,16)		0,5 (0,54)		1,3 (0,51)		5,5 (1,68)	
<b>Parou de trabalhar</b>		0,604		0,766		0,433		0,461		0,218
Não	12,5 (2,7)		5,2 (1,67)		0,4 (0,49)		1,2 (0,73)		5,6 (1,69)	
Sim	12,1 (2,9)		5,4 (1,46)		0,3 (0,47)		1,3 (0,68)		5,0 (1,61)	
<b>Situação econômica</b>		<b>0,016</b>		<b>0,041</b>		0,585		0,194		0,379

Variáveis	Escore total		Nutrição		Psicossocial e desenvolvimento		Acidente e segurança		Clínica, avaliação e imunização	
	Média (DP)	p *	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
Extrema pobreza	<b>11,3 (1,5)</b>		<b>4,6 (1,52)</b>		0,3 (0,5)		0,6 (0,57)		5,6 (0,57)	
Pobreza	<b>11,5 (3,0)</b>	†	<b>4,8 (1,53)</b>	†	0,3 (0,48)		1,1 (0,80)		5,2 (2,02)	
Ausência de pobreza	<b>13,5 (2,2)</b>	†	<b>5,8 (1,58)</b>	†	0,4 (0,49)		1,3 (0,65)		5,8 (1,38)	
<b>Número de gestações</b>		<b>0,015</b>		0,133		0,063		<b>0,039</b>		0,095
1	<b>13,5 (2,3)</b>	†	5,5 (1,50)		0,6 (0,49)		<b>1,3 (0,65)</b>		6,0 (1,38)	
2	<b>12,3 (2,6)</b>		5,3 (1,77)		0,2 (0,44)		<b>1,5 (0,73)</b>	†	5,2 (1,65)	
3	<b>10,6 (2,4)</b>	†	4,4 (1,24)		0,2 (0,44)		<b>1,1 (0,57)</b>		4,8 (1,94)	
4 ou mais	<b>12 (2,7)</b>		5,8 (1,61)		0,4 (0,49)		<b>0,7 (0,82)</b>	†	5,1 (1,67)	
<b>Número de partos</b>		<b>0,014</b>		0,508		<b>0,044</b>		0,082		0,085
1	<b>13,3 (2,3)</b>	†	5,5 (1,50)		<b>0,5 (0,50)</b>	†	1,3 (0,63)		5,9 (1,51)	
2	<b>12,0 (2,7)</b>		5,3 (1,88)		<b>0,2 (0,45)</b>	†	1,3 (0,74)		5,1 (1,67)	
3 ou mais	<b>11,0 (3,0)</b>	†	4,9 (1,32)		<b>0,2 (0,46)</b>	†	0,8 (0,77)		4,9 (1,85)	
<b>Teve outros filhos prematuros</b>		0,548		0,321		0,389		0,204		0,204
Não	12,4 (2,6)		5,2 (1,57)		0,4 (0,50)		1,2 (0,67)		5,4 (1,73)	
Sim	13,0 (3,2)		5,8 (1,61)		0,3 (0,48)		0,9 (0,87)		6,0 (1,15)	
<b>Óbito de filho menor de 5 anos</b>		0,199		0,137		0,849		<b>0,008</b>		0,415
Não	12,5 (2,6)		5,3 (1,55)		0,4 (0,49)		<b>1,2 (0,73)</b>		5,5 (1,66)	
Sim	15,0 (2,8)		7,0 (1,41)		0,5 (0,70)		<b>1,0 (0,00)</b>		6,5 (0,70)	

Notas: \* test t student para amostras independentes ou análise de variância (ANOVA); † e ‡ Post Hoc Tests.

DP: Desvio Padrão, EM: Ensino Médio, Sup.: Superior.

O escore total médio de Qualidade de Vida das mães cuidadoras principais foi 94,0 (DP = 11,9), sendo considerado uma percepção positiva da qualidade de vida. Esse escore total foi estatisticamente diferente segundo a idade, dificuldade de obter o dinheiro necessário para manter o básico, ter parado de trabalhar devido a problemas de saúde do lactente e situação econômica familiar. Quanto à idade, uma melhor Qualidade de Vida foi observada entre as mães com 30 anos ou mais de idade ( $p > 0,05$ ). Mães que nunca ou raramente tiveram dificuldades para obter o dinheiro para manter o básico apresentaram melhor qualidade de vida em relação àquelas que com alguma frequência ou muito frequentemente tiveram dificuldades ( $p < 0,001$ ). Notou-se um valor de  $p$  muito próximo da significância estatística em relação às mães que não tiveram que parar de trabalhar devido a problemas de saúde do lactente, com uma melhor QV em relação àqueles que tiveram que parar de trabalhar ( $p = 0,052$ ).

Sobre a situação econômica, mães classificadas com ausência de pobreza apresentaram uma melhor QV do que as em situação de pobreza ( $p < 0,05$ ) (tabela 5). No domínio físico, mães que não tiveram que parar de trabalhar devido à condição de saúde do lactente e aquelas em extrema pobreza apresentaram uma melhor QV. No Domínio psicológico, mãe com 30 anos ou mais de idade tiveram uma melhor percepção da qualidade de vida. No domínio relações sociais, mães com histórico de três ou mais partos apresentaram uma melhor qualidade de vida em relação àquelas com 2 partos. A variável dificuldade de obter o dinheiro necessário para manter o básico apresentou diferenças estatisticamente significativas nos domínios físico, psicológico e meio ambiente (Tabela 5).

Tabela 5 – Escore total e por domínios da Qualidade de Vida segundo características das mães cuidadoras principais dos lactentes prematuros (n=68).

Variável	Escore total		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Média (DP)	p *	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
<b>Geral</b>	94,0 (11,9)		25,7 (4,3)		21,6 (3,6)		11,2 (2,3)		28,1 (4,4)	
<b>Idade</b>		<b>0,018</b>		0,610		<b>0,000</b>		0,069		0,174
18 - 29	<b>91,2 (12,7)</b>		25,5 (4,7)		<b>20,4 (3,9)</b>		10,7 (2,4)		27,4 (4,6)	
≥ 30	<b>97,9 (9,9)</b>		26,1 (3,7)		<b>23,3 (2,5)</b>		11,7 (2,17)		28,9 (4,17)	
<b>Raça ou cor</b>		0,594		0,266		0,280		0,892		0,651
Branca ou Amarela	92,2 (11,4)		24,3 (4,9)		20,5 (3,9)		11,3 (2,4)		28,7 (3,8)	
Preta ou parda	94,4 (12,0)		25,9 (4,2)		21,8 (3,6)		11,1 (2,3)		28,0 (4,6)	
<b>Escolaridade</b>		0,186		0,461		0,352		0,516		0,179
1. EM incompleto	94,3 (12,7)		25,6 (5,1)		22,1 (3,5)		11,6 (2,6)		27,3 (4,0)	
2. EM completo	92,5 (11,7)		25,3 (4,1)		21,1 (3,8)		10,9 (2,2)		27,9 (4,4)	
3. Sup. Completo	101,0 (8,4)		25,7 (4,3)		23,0 (2,6)		11,2 (2,3)		30,7 (5,1)	
<b>Estado civil</b>		0,567		0,151		0,378		0,199		0,179
Solteira ou divorciada	92,8 (13,9)		26,8 (5,0)		21,0 (4,3)		10,5 (2,9)		27,0 (4,0)	
Casada ou união estável	94,5 (10,9)		25,2 (3,9)		21,93 (3,31)		11,5 (1,9)		28,61 (4,6)	
<b>Ocupação</b>		0,266		0,097		0,713		0,590		0,108
Responsável pelos cuidados do lar	89,2 (12,2)		22,3 (4,7)		21,5 (2,8)		12,0 (1,0)		26,6 (4,2)	
Empregada	97,2 (10,3)		26,6 (3,8)		21,8 (3,5)		11,4 (2,5)		29,6 (4,7)	
Autônoma ou empregadora	94,6 (12,6)		26,8 (3,3)		23,0 (2,0)		10,6 (3,7)		26,6 (5,2)	
Não ocupada	91,9 (13,5)		25,5 (4,8)		21,0 (4,4)		10,8 (2,0)		27,1 (3,7)	
<b>Desde o nascimento do lactente com que frequência tem sido difícil obter o dinheiro necessário para manter o básico</b>		<b>0,000</b>		<b>0,003</b>		<b>0,003</b>		0,208		<b>0,000</b>
Nunca	<b>98,3 (9,1)</b>	†	<b>27,1 (3,4)</b>	†	<b>22,4 (3,1)</b>	†	11,3 (2,3)		<b>29,6 (4,1)</b>	†
Raramente	<b>95,0 (10,6)</b>	‡	<b>25,3 (4,6)</b>		<b>22,4 (2,8)</b>	‡	11,7 (1,4)		<b>27,8 (3,3)</b>	
Com alguma frequência	<b>79,3 (10,2)</b>	†‡	<b>22,2 (4,8)</b>	†	<b>18,0 (2,8)</b>	†‡	9,8 (3,0)		<b>23,3 (2,7)</b>	†

Variável	Escore total		Físico		Psicológico		Relações sociais		Meio ambiente	
	Média (DP)	p *	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p	Média (DP)	p
Muito frequente	<b>84,1 (13,4)</b>	†	<b>22,6 (4,3)</b>		19,8 (4,4)		10,3 (1,9)		<b>24,5 (3,5)</b>	†
<b>Parou de trabalhar devido a problemas de saúde do lactente</b>		<b>0,052</b>		<b>0,012</b>		0,797		0,72		0,363
Não	<b>95,6 (11,4)</b>		<b>26,7 (4,1)</b>		21,5 (3,6)		11,4 (2,3)		28,3 (4,13)	
Sim	<b>89,3 (11,9)</b>		<b>23,5 (4,3)</b>		21,3 (3,9)		10,3 (2,0)		27,2 (4,2)	
<b>Situação econômica</b>		<b>0,015</b>		<b>0,017</b>		0,186		0,070		0,106
Extrema pobreza	<b>104,0 (11,1)</b>		<b>31,6 (2,8)</b>		22,6 (5,1)		12,6 (1,1)		27,3 (2,5)	
Pobreza	<b>89,2 (13,0)</b>	†	<b>24,5 (4,9)</b>		20,5 (4,1)		10,4 (2,5)		26,7 (4,3)	
Ausência de pobreza	<b>96,8 (10,0)</b>	†	26,2 (3,6)		22,2 (3,0)		11,6 (2,0)		29,1 (4,5)	
<b>Número de gestações</b>		0,747		0,385		0,723		0,709		0,691
1	92,6 (13,31)		25,3 (4,6)		21,1 (4,1)		11,0 (2,31)		27,7 (4,5)	
2	96,2 (10,81)		27,3 (3,8)		21,6 (3,6)		10,9 (2,0)		28,6 (3,8)	
3	95,6 (10,68)		25,0 (4,8)		22,3 (3,0)		11,9 (1,8)		29,0 (4,7)	
4 ou mais	92,9 (11,54)		25,0 (3,2)		22,4 (3,0)		11,2 (3,3)		27,2 (5,2)	
<b>Número de partos</b>		0,846		0,385		0,735		<b>0,037</b>		0,426
1	93,4 (12,53)		25,7 (4,4)		21,3 (3,9)		11,1 (2,1)		27,8 (4,2)	
2	94,1 (13,53)		26,6 (4,4)		21,8 (3,8)		<b>10,4 (2,8)</b>	†	27,6 (5,4)	
3 ou mais	95,6 (8,02)		24,5 (3,1)		22,2 (2,7)		<b>12,5 (1,2)</b>	†	29,5 (3,4)	
<b>Teve outros filhos prematuros</b>		0,500		0,743		0,372		0,658		0,878
Não	94,4 (12,29)		25,7 (4,3)		21,8 (3,7)		11,2 (2,3)		28,1 (4,5)	
Sim	91,7 (9,69)		25,3 (4,7)		20,7 (3,3)		10,9 (2,0)		27,9 (3,9)	
<b>Óbito de filho menor de 5 anos</b>		0,912		0,566		0,865		0,627		0,996
Não	93,9 (12,0)		25,8 (4,3)		21,5 (3,6)		11,1 (2,3)		28,0 (4,48)	
Sim	93,0 (11,3)		24,0 (5,6)		22,0 (0,0)		12,0 (0,0)		28,0 (4,24)	

Notas: \* test t student para amostras independentes ou análise de variância (ANOVA); † e ‡ Post Hoc Tests. DP: Desvio Padrão, EM: Ensino Médio, Sup.: Superior.

Ao verificar a correlação entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida das mães de lactentes nascidos prematuros, de um modo geral, não foi constatada uma correlação. Correlações positivas indicam que à medida que o Letramento em Saúde Parental aumenta a Qualidade de vida aumenta (Figura 1, Tabela 6).

Figura 1 – Gráfico de dispersão aplicando retas de regressão linear com 95% de intervalos de confiança (IC95%) entre o Letramento e saúde Parental e Qualidade de Vida das mães cuidadoras principais de lactente prematuros.

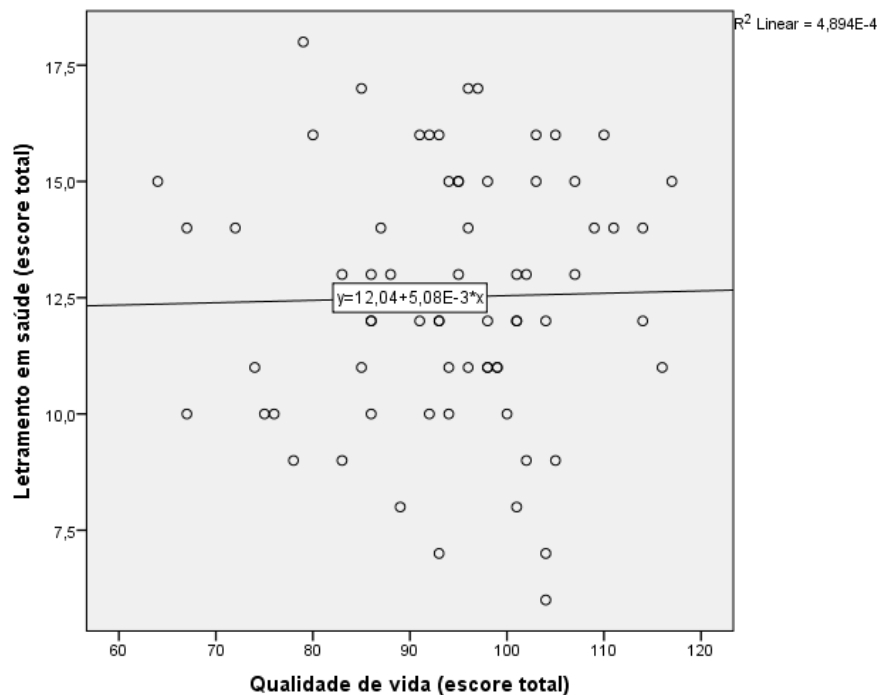


Tabela 6 – Correlação geral entre o Letramento e Saúde Parental e Qualidade de Vida das mães cuidadoras principais de lactente prematuros (n=68).

Letramento em saúde parental		Qualidade de vida		Correlação de Pearson	p
Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão		
12,5	2,7	94,1	11,9	0,22	Insignificante

A depender das covariáveis, as correlações entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida das mães foram tanto positivas quanto negativas, mas na maioria das vezes positivas (Apêndice D). Houve variações de insignificantes a alta, variando de -0,33 (insignificante) a 0,74 (alta). Foi identificada correlação alta e estatisticamente significativa entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida entre mães que tiveram filhos gemelares (p 0,033) (Tabela 7).

Tabela 7 – Correlação entre o Letramento e saúde Parental e Qualidade de Vida segundo as covariáveis estudadas.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Correlação*</b>	<b>p</b>
<b>Idade</b>			
18 a 29	38	0,00	Insignificante 0,983
30	29	0,06	Insignificante 0,727
<b>Estado civil</b>			
Solteira ou divorciada	22	0,17	Insignificante 0,440
Casada ou união estável	46	-0,07	Insignificante 0,804
<b>Raça ou cor</b>			
Branco ou amarelo	10	-0,09	Insignificante 0,797
Preta ou parda	58	0,02	Insignificante 0,851
<b>Escolaridade</b>			
Ensino médio incompleto	21	-0,25	Insignificante 0,257
Ensino médio completo	39	0,06	Insignificante 0,692
Superior completo	8	0,58	Moderada 0,130
<b>Ocupação</b>			
Responsável pelos cuidados do lar	8	-0,33	Baixa 0,415
Empregada	29	0,29	Insignificante 0,122
Autônoma ou empregadora	6	0,23	Insignificante 0,657
Não ocupada	23	-0,21	Insignificante 0,333
<b>Desde o nascimento do lactente com que frequência tem sido difícil obter o dinheiro necessário para manter o básico</b>			
Nunca	41	0,14	Insignificante 0,373
Raramente	11	0,09	Insignificante 0,776
Com alguma frequência	9	0,06	Insignificante 0,870
Muito frequente	6	-0,28	Insignificante 0,591
<b>Parou de trabalhar devido a problemas de saúde do lactente</b>			
Não	45	0,02	Insignificante 0,895
Sim	19	-0,09	Insignificante 0,692
<b>Situação econômica</b>			
Extrema pobreza	3	0,17	Insignificante 0,887
Pobreza	28	-0,10	Insignificante 0,601
Ausência de pobreza	33	0,02	Insignificante 0,891
<b>Número de gestações</b>			
1	30	0,10	Insignificante 0,587
2	16	-0,01	Insignificante 0,951
3	12	0,04	Insignificante 0,894
≥ 4	10	0,08	Insignificante 0,808
<b>Número de partos</b>			
1	35	0,05	Insignificante 0,744
2	19	0,17	Insignificante 0,470
≥ 3	14	-0,23	Insignificante 0,428
<b>Teve outros filhos prematuros</b>			
Não	58	0,04	Insignificante 0,750
Sim	10	-0,06	Insignificante 0,862
<b>Histórico de óbito de filho menor que cinco anos</b>			
Não	65	0,07	Insignificante 0,587
Sim	2	-1,0	- -
<b>Idade Gestacional ao nascimento</b>			
Prematuro extremo	8	-0,02	Insignificante 0,956

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>Correlação*</b>		<b>p</b>
Muito prematuro	31	0,16	Insignificante	0,381
Prematuro moderado	15	-0,05	Insignificante	0,855
Prematuro tardio	18	-0,25	Insignificante	0,317
<b>Nasceu de gestação gemelar</b>				
Não	64	0,01	Insignificante	0,955
<b>Sim</b>	<b>8</b>	<b>0,74</b>	<b>Alta</b>	<b>0,033</b>
<b>Peso ao nascer (em gramas)</b>				
Extremo baixo peso (< 1.000)	17	0,09	Insignificante	0,706
Muito baixo peso (1.000 a 1.500)	20	-0,05	Insignificante	0,806
Baixo peso (< 2.500)	33	0,06	Insignificante	0,740
Normal (2.500 a 3.999)	2	1,00	-	-
<b>Novas internações após a alta ao nascer (n=83)</b>				
Não	64	0,08	Insignificante	0,498
Sim	6	0,01	Insignificante	0,988
<b>Idade cronológica no momento da entrevista</b>				
3 a 4 meses	41	-0,02	Insignificante	0,899
5 meses	20	0,12	Insignificante	0,610
6 meses	11	0,01	Insignificante	0,990
<b>Idade corrigida no momento da entrevista</b>				
1 a 2 meses	44	0,14	Insignificante	0,373
3 a 4 meses	28	-0,09	Insignificante	0,642
<b>Alimentação da criança no momento da entrevista</b>				
Aleitamento materno exclusivo	16	-0,11	Insignificante	0,690
Aleitamento materno predominante	5	0,35	Insignificante	0,563
Aleitamento materno complementado	18	0,45	Insignificante	0,058
Fórmula	31	-0,13	Insignificante	0,491
Outros	2	-1,00	-	-

\*Correlação de Pearson.

## 6 DISCUSSÃO

O parto prematuro provoca uma mudança significativa entre a expectativa e a realidade dos pais quanto ao nascimento e aos cuidados iniciais com o recém-nascido (Freitas; Lazzarini, 2020; Pinto et al., 2017). Apesar dos desafios enfrentados no período neonatal, o tempo de internação do recém-nascido prematuro e, conseqüentemente, a permanência dos pais no hospital junto à criança contribui para que eles processem tanto o nascimento quanto as novas demandas de cuidados do bebê (Lima; Siqueira; Ventura, 2022; Pino-Rivera et al., 2024). No período de internação, além dos cuidados voltados à sobrevivência do recém-nascido, os pais vão sendo preparados pela equipe para a alta hospitalar, para que deem a continuidade do cuidado em casa (Vieira et al., 2023).

No presente estudo, a maioria dos lactentes tinha quatro meses de idade cronológica no momento da entrevista e não necessitou de reinternação após a alta hospitalar. Fatores que podem explicar a percepção positiva das mães em relação à sua Qualidade de Vida, uma vez que as entrevistas foram realizadas em um período em que os lactentes já estavam clinicamente estáveis e fora do ambiente hospitalar. Esse contexto favorece uma melhor avaliação sobre bem-estar geral por parte das cuidadoras, considerando que, a Qualidade de Vida delas pode estar frequentemente relacionada à condição de saúde do lactente (Cardoso et al., 2021; Robertson et al., 2023).

Embora a percepção geral sobre Qualidade de Vida seja positiva, observou-se que mães mais jovens e com histórico de dois partos apresentaram escores inferiores no domínio psicológico. Estudos indicam que ser mãe de prematuro está associado a um maior nível de estresse parental (Alves et al., 2023; Amorim et al., 2018; Jones et al., 2023), o que pode comprometer a Qualidade de Vida nesse domínio, pois ele avalia sentimentos negativos e positivos, bem como aspectos relacionados à imagem corporal e à gestão de emoções como tristeza e ansiedade. O estresse parental é uma reação psicológica negativa dos pais diante das demandas e responsabilidades relacionadas ao cuidado dos filhos. Ele pode ser desencadeado por diversos fatores, como falta de apoio social, problemas de saúde da criança, sobrecarga de tarefas, desafios comportamentais e dificuldades financeiras (Brito; Faro, 2016; Silva et al., 2019). O presente estudo identificou uma relação entre as médias de Qualidade de Vida e a dificuldade de obter o dinheiro suficiente para suprir necessidades básicas.

Observou-se que as mães que não enfrentaram essa dificuldade apresentaram uma média mais alta, ou seja, uma melhor percepção de Qualidade de Vida. Famílias com menores recursos econômicos tendem a apresentar um maior nível de estresse parental (Hoffman et al., 2022; Silva et al., 2019).

A diferença significativa observada tanto no geral, quanto nos domínios físico, psicológico e meio ambiente da Qualidade de Vida em relação à dificuldade financeira pode ser explicada pelas baixas condições socioeconômicas, uma vez que elas influenciam diretamente esses aspectos. O estudo de Amorim e colaboradores (2018) identificou que mães de classes sociais mais baixas apresentam uma percepção reduzida de Qualidade de Vida nesses mesmos domínios, o que reforça a relação entre recursos financeiros e bem-estar. O domínio físico avalia, entre outros fatores, aspectos relacionados a alimentação, vestuário, acesso a assistência médica, qualidade do sono e capacidade para trabalho. O domínio psicológico, funções cognitivas e o domínio meio ambiente abrangem recursos financeiros, segurança física, assistência social e a saúde, oportunidades de atividades de lazer e qualidade do ambiente físico. Além de garantir necessidades básicas, como alimentação e moradia, uma renda familiar adequada possibilita o acesso a serviços de saúde e oportunidades de lazer, fatores essenciais para uma boa Qualidade de Vida.

Os resultados apresentados mostraram, ainda, que as mães que não precisaram parar de trabalhar devido à condição de saúde do lactente apresentaram uma melhor média no escore geral de Qualidade de Vida e no domínio físico. Isso pode estar relacionado ao fato de que a continuidade no trabalho proporciona não apenas a garantia do recurso financeiro, mas também um senso de normalidade e pertencimento social (Garcia; Viecili, 2018; Silva et al., 2022). Percebe-se que o domínio em questão avalia, entre outros fatores, a capacidade para realizar atividades do dia a dia, a mobilidade e a capacidade para o trabalho, aspectos que podem ser diretamente impactados pela interrupção da atividade profissional.

A percepção das mães sobre sua capacidade de cuidar dos filhos é crucial para a garantia de um cuidado adequado aos lactentes e possibilita um melhor bem-estar psicológico materno (Vance et al., 2020), refletindo sua confiança em lidar com os desafios da maternidade e promover o desenvolvimento infantil, o que caracteriza a autoeficácia parental (Coleman; Karraker, 1998; Vance; Brandon, 2017). Além dos benefícios para Qualidade de Vida materna, a autoeficácia parental é um potencial modificador do Letramento em Saúde Parental (Alinejad-Naeini et al., 2021; Fong et

al., 2018). O Letramento em Saúde Parental está relacionado à capacidade de compreensão do cuidador frente às demandas de cuidado dos lactentes e no presente estudo mães de lactentes nascidos prematuros apresentaram, no geral, um baixo Letramento em Saúde Parental.

Aproximadamente metade das mães foram classificadas com algum grau de pobreza e tiveram dificuldade de obter o dinheiro necessário para manter o básico, como alimentação. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2022, a proporção de pessoas em situação de pobreza no Brasil foi de 31,6%, sendo 5,9% em extrema pobreza. As desigualdades socioeconômicas são medidas pelo nível de educação, renda e/ou ocupação e uma baixa condição socioeconômica é um fator de risco potencial para um baixo Letramento em Saúde (Stormacq; Broucke; Wosinski, 2019). Uma baixa condição socioeconômica não apenas representa um fator de risco para um baixo Letramento em Saúde (Stormacq; Broucke; Wosinski, 2019), mas também intensifica limitações no cotidiano, como o acesso precário à educação, a dificuldade na compreensão de informações essenciais e a redução do acesso a serviços de saúde (Duarte, 2015; Jenabi; Gholamaliee; Khazaei, 2020; Li et al., 2023; Sousa et al., 2020). Dessa forma, as barreiras socioeconômicas não apenas coexistem com um menor nível de letramento, mas contribuem para um ciclo de desigualdades que impacta diretamente a capacidade dos pais de assegurar o cuidado adequado aos seus filhos.

Pode-se observar que um terço das mães informaram que pararam de trabalhar devido a problemas de saúde do lactente e no momento da entrevista quase metade não estava em trabalho remunerado, o que é comum em mães que tiveram filhos prematuros (Messa; Mattos; Sallum, 2019) devido às demandas no ambiente hospitalar e principalmente nos cuidados após a alta. Para mais, nota-se que apenas dois em cada dez lactentes estavam em aleitamento materno exclusivo, sendo que todos os lactentes tinham até quatro meses de idade gestacional corrigida. Nesse estágio, eles ainda não estão na fase de introdução alimentar e, portanto, necessitam do uso de fórmulas infantis para assegurar uma nutrição adequada, promovendo assim um crescimento e desenvolvimento saudável. O uso de fórmula infantil trás impacto direto no orçamento familiar que pode ser ainda maior quando os lactentes necessitam de fórmulas especiais (Guareschi; Sassaki; Andrade, 2021), como ocorre em alguns lactentes nascidos prematuros.

Todos esses fatores podem impactar as mães de diferentes maneiras, uma vez que o aumento das preocupações e responsabilidades, aliado à ausência de suporte financeiro adequado, pode resultar em sobrecarga, estresse e desgaste, afetando diretamente sua Qualidade de vida e seu Letramento em Saúde Parental. Sabe-se que a melhoria das condições socioeconômicas está associada a um maior nível de Letramento em Saúde parental (Abrams, 2020; Sántha, 2021). Os achados do presente estudo corroboram esta relação, uma vez que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos escores médios do Letramento em Saúde Parental entre as mães considerando variáveis como escolaridade e situação econômica. Embora poucos estudos tenham utilizado o PHLAT para avaliar o LS, aqueles que o empregaram identificaram uma relação do aumento da escolaridade (Enlow et al., 2019; Kumar et al., 2010; Simch et al., 2020; Yin et al., 2012) e da renda (Enlow et al., 2019; Kumar et al., 2010; Simch et al., 2020) com pontuações mais altas no instrumento.

No presente estudo, observou-se que cerca de um terço das mães não havia completado o ensino fundamental. Este dado é relevante, pois estudos prévios indicam que um nível educacional mais baixo está fortemente associado a uma maior chance de baixos níveis de Letramento em Saúde (Santos; Portella, 2016; Stormacq; Broucke; Wosinski, 2019). Além disso, observou-se que no domínio Nutrição, mães casadas ou em união estável e aquelas vivendo em situação econômica de ausência de pobreza tiveram escores de Letramento mais altos, foi verificado que elas apresentavam maiores níveis de escolaridade.

Apesar do conceito de LS ser mais amplo e não se restringir ao grau de escolaridade, um acesso equitativo e inclusivo na educação favorece o indivíduo ter um melhor Letramento em Saúde (WHO, 2017) pois garante um acesso a conhecimentos que ampliam sua capacidade de buscar, entender e aplicar as informações recebidas no seu dia a dia. No contexto de saúde, a educação proporciona habilidades cognitivas e interpretativas essenciais para a compreensão de informações facilitando a tomada de decisões. Além disso, ambientes educacionais promovem o desenvolvimento do pensamento crítico e da autonomia, fatores que contribuem para um Letramento em Saúde mais eficaz.

A correlação entre o Letramento em Saúde Parental e a Qualidade de Vida foi alta nas mães que tiveram filhos gemelares. Ou seja, para essas mães, o grau de conhecimento e compreensão sobre saúde parental influenciou de forma significativa

a percepção da sua Qualidade de Vida. Notou-se uma diferença no Letramento em Saúde Parental de mães com maior número de gestações e partos, tanto no escore geral quanto nos domínios psicossocial/desenvolvimento e acidente/segurança. Esse achado também foi observado na Qualidade de Vida, especificamente nos domínios psicológico e de relações sociais. Mães de prematuros e de gêmeos tendem a receber mais apoio da família devido às condições de saúde e às demandas de cuidado exigidas pelos lactentes, especialmente nos primeiros meses de vida, período em que ocorrem mudanças significativas na rotina familiar (Almeira; Ramos; Figueiredo, 2019; Martins et al., 2022b).

A rede de apoio familiar e social desempenha um papel fundamental na adaptação materna aos desafios impostos pela prematuridade e pela necessidade de cuidar de mais de um filho. Estudos apontam que o suporte emocional e prático, como auxílio nos cuidados diários do bebê e compartilhamento de informações sobre saúde infantil, pode modificar a Qualidade de Vida materna e fortalecer a confiança das mães na tomada de decisões (Guimarães; Melo, 2011; Martins et al., 2022b). O estudo desenvolvido por Machado, Nunes e Aquino (2022) evidenciou que as mães consideram a rede de apoio um fator crucial para o desenvolvimento de seus filhos gemelares.

Para garantir um Letramento em Saúde Parental adequado, é essencial investir em estratégias que tornem a informação em saúde mais acessível e compreensível para indivíduos em diferentes condições socioeconômicas. O baixo nível de escolaridade pode dificultar a capacidade do cuidador de interpretar orientações, entender rótulos de alimentos e realizar práticas de cuidados preventivos de forma eficaz. Nesse contexto, uma das limitações identificadas no estudo refere-se ao instrumento que avalia o Letramento em Saúde Parental. Como já mencionado, trata-se do único instrumento que avalia o Letramento em Saúde Parental de cuidadores de crianças menores de 13 meses. No entanto, seu uso exige habilidades como letramento impresso e conhecimentos matemáticos, que vão desde adição e subtração até a interpretação de hierarquias em gráficos, frações e números decimais.

Além da limitação referente ao instrumento de letramento já mencionada, outra limitação respeito às características da população analisada, uma vez que as cuidadoras são mães que, no período da coleta de dados, ainda estavam no pós-parto, fase em que há risco de depressão, dado que não foi analisado nesta pesquisa.

## 7 CONCLUSÃO

Não houve correlação do Letramento em Saúde Parental com a Qualidade de vida das mães de lactentes nascidos. Houve uma alta correlação, estatisticamente significativa, nas mães que tiveram filhos gemelares. Os achados do presente estudo evidenciaram que apesar do Letramento em Saúde Parental e da Qualidade de vida serem influenciados por diversos fatores a condição socioeconômica e o fato de ter tido parto gemelar mostraram-se mais relevantes. Além disso, todas as mães do estudo apresentaram uma percepção positiva de Qualidade de Vida, porém é notável que existem fatores individuais e sociais com potencial para modificar esta percepção como a idade materna, o número de partos e a condição socioeconômica, sendo a condição social um forte fator tanto para Qualidade de Vida, quanto para o Letramento em saúde Parental. Todas as mães apresentaram baixo Letramento em Saúde Parental, no entanto, fatores como escolaridade, situação econômica, número de partos e gestações influenciaram seus escores.

Diante desse cenário, torna-se essencial que as instituições e os profissionais de saúde compreendam o Letramento em Saúde Parental como um fator passível de modificação, independentemente das limitações socioeconômicas da família, em especial do cuidador principal. Isso exige investimentos contínuos na capacitação dos profissionais para que possam adotar abordagens educativas eficazes, adaptadas às realidades das mães de lactentes prematuros. Considerando que uma parcela significativa da população brasileira vive em condições socioeconômicas semelhantes às observadas neste estudo, políticas públicas e estratégias assistenciais devem priorizar a inclusão e a equidade no acesso e na aplicação do conhecimento em saúde. Dessa forma, é possível promover melhorias na Qualidade de Vida materna, otimizar o cuidado ao lactente e fortalecer o Letramento em Saúde Parental, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde e para o desenvolvimento infantil adequado.

## REFERÊNCIAS

ABEL, T.; BENKERT, R. Critical health literacy: reflection and action for health. **Health Promotion International**, v. 37, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>. Acesso em: 5 mar. 2025.

ABRAMS, E. M. The Impact of Caregiver Health Literacy on Pediatric Asthma: An Integrative Review. **Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology**, v. 33, n. 3, p. 110–116, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/ped.2020.1192>. Acesso em: 22 jun. 2025.

AL MAGHAIREH, D. F. et al. Systematic review of qualitative studies exploring parental experiences in the Neonatal Intensive Care Unit. **Journal of clinical nursing**, v. 25, n. 19-20, p. 2745-2756, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.13259>. Acesso em: 17 set. 2024.

ALINEJAD-NAEINI, M. et al. The association between health literacy, social support and self-efficacy in mothers of preterm neonates. **The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 34, n. 11, p. 1703–1710, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1644620>. Acesso em: 22 jun. 2025.

ALMEIDA, L. I. V.; RAMOS, S. B.; FIGUEIREDO, G. L. A. Apoio e rede social no contexto urbano: percepções de mães de crianças prematuras. **Aletheia**, v. 52, n. 1, p. 21-36, 2019. Disponível em: . Acesso em: 22 fev. 2025.

ALVES, E. et al. Quality of Life of Mothers and Fathers 4 to 6 Months After Birth: The Effect of a Very Preterm Delivery. **Maternal and Child Health Journal**, v. 27, n. 10, p. 1719–1725, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10995-023-03739-9>. Acesso em: 6 mar. 2025.

AMORIM, M. et al. Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 16, n. 1, 178, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1011-y>. Acesso em: 20 maio 2025.

BARBOSA, D. C.; SOUSA, F. G. M.; LEITE, J. L. Scoring interventions in family relations regarding the care for the child with a chronic condition. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 87–95, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001820013>. Acesso em: 22 maio 2025.

BORGES, F. M. et al. Relationship between health literacy and quality of life among individuals with arterial hypertension. **Ciencia y enfermeria**, v. 28, n. 6, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-6refa60006>. Acesso em: 22 jun. 2025.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 975–980, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600023>. Acesso em: 14 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/bitstream/123456789/591/1/Pol%20Nac%20Prom%20Saude%202006.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2024.

BRITO, A.; FARO, A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.24879/201600100010048>. Acesso em: 7 set. 2024.

CARDOSO, T. A. et al. Evaluation of levels of literacy in health, knowledge in asthma and quality of life of parents associated with disease control in children and adolescents diagnosed with asthma from specialized centers. **Scientia Medica**, v. 31, n. 1, p. 8, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.38767>. Acesso em: 6 maio 2025.

CASTRO, M. P.; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Survival and morbidity of premature babies with less than 32 weeks of gestation in the central region of Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 5, p. 235–242, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032012000500008>. Acesso em: 9 mar. 2025.

CHUNG, E. H.; CHOU, J.; BROWN, K. A. Neurodevelopmental outcomes of premature infants: a recent review of the literature. **Translational pediatrics**, v. 9, n. Suppl 1, p. S3-S8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.10>. Acesso em: 17 jan. 2025.

COLEMAN, P. K.; KARRAKER, K. H. Self-Efficacy and Parenting Quality: Findings and Future Applications. **Developmental Review**, v. 18, n. 1, p. 47–85, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1006/drev.1997.0448>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CUNHA, A. J. L. A.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **Jornal de Pediatria (Versão em português)**, v. 91, n. 6, p. S44–S51, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.07.002>. Acesso em: 7 mar. 2025.

CUNHA, R. C. M. L. et al. Prevalência de sepse e fatores de risco em neonatos de unidade de terapia intensiva de referência em Palmas, Tocantins, Brasil. **Rev. panam. infectol**, v. 16, n. 2, p. 86-94, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1067145>. Acesso em: 15 set. 2024.

CYPRIANO, L. M.; PINTO, E. E. P. Chegada inesperada: a construção da parentalidade e os bebês prematuros extremos. **Psicologia Hospitalar**, v. 9, n. 2, p. 2–25, 2011. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092011000200002&script=sci\\_abstract](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-74092011000200002&script=sci_abstract). Acesso em: 18 jan. 2025.

DINIZ, I. A et al. Discontinuity of outpatient follow-up of risk children: perspective of mothers. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, p. e20180248, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248>. Acesso em: 16 maio 2025.

DUARTE, D. A. P. **Letramento em Saúde e suas implicações na Qualidade de Vida da população**: uma revisão integrativa. 2015. Monografia (Especialização em formação de educadores em saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A2CGY5>. Acesso em: 4 maio 2024.

ENLOW, E. et al. Health literacy of parents of very preterm infants at NICU admission and discharge: a prospective cohort study. **Journal of Perinatology**, v. 39, n. 6, p. 866-875, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41372-019-0340-y>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FELIZARDO, M. J. A et al. Vivências das famílias no cuidado aos recém-nascidos prematuros no domicílio: revisão sistemática qualitativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3906>. Acesso em: 16 maio 2025.

FERNANDES, P. T. S et al. Desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos prematuros: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, v. 16, n. 4, p. 463–470, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v16n4.7835>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FERREIRA, J. C.; PATINO, C. M. Types of outcomes in clinical research. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, n. 1, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000021>. Acesso em: 22 mar. 2025.

FERREIRA, R. C. et al. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. **J Pediatr (Rio J)**, v. 96, n. 1, p. 20–38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.05.002>. Acesso em: 22 jun. 2025.

FLECK, P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178–183, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>. Acesso em: 16 maio 2025.

FONG, H. et al. Association Between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of Newborn Children. **The Journal of Pediatrics**, v. 202, n. 3, p. 265-271, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.021>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FRANÇA, E. B. et al. Leading causes of child mortality in Brazil, in 1990 and 2015: Estimates from the Global Burden of Disease study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. Suppl 01, p. 46–60, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Acesso em: 22 jan. 2025.

FRANZ, A. P. et al. Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder and Very Preterm / Very Low Birth Weight: A Meta-analysis. **Pediatrics**, v. 141, n. 1, e20171645, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1645>. Acesso em: 16 jun. 2025.

FREITAS, A. L. L.P.; LAZZARINI, E. R. Trauma e prematuridade: o que fazer diante do nascimento inesperado de um bebê? **Estudos Interdisciplinares Em Psicologia**, v. 11, n. 3, p. 138, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p138>. Acesso em: 3 maio 2025.

GARCIA, F. C.; VIECILI, J. Implications of returning to work after maternity leave in routine and in women's work. **Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 271-280, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5541>. Acesso em: 22 mar. 2025.

GARFIELD, L. et al. Risk factors for postpartum depressive symptoms in low-income women with very low-birth-weight infants. **Advances in Neonatal Care**, v. 15, n. 1, p. E3–E8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ANC.000000000000131>. Acesso em: 17 jan. 2025.

GONZAGA, A. D. et al. Tempo De Ventilação Mecânica E Desenvol O De Displasia. **Rev Assoc Med Bras**, v. 53, n. 1, p. 64–67, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000100022>. Acesso em: 22 jan. 2025.

GREEN, J. et al. The transition home of extremely premature babies: An integrative review. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 27, n. 1, p. 26-32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.09.011>. Acesso em: 14 jun. 2025.

GUARESCHI, A. P. D. F.; SASSAKI, R. L.; ANDRADE, P. R. Correlation of a country's economy and early weaning: an integrative review. **REFACS**, v. 9, n. 3, p. 651-662, 2021. Disponível em: <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2021-refacs-v9-n3-13.pdf>. Acesso em: 22 maio 2025.

GUIMARÃES, E. C.; MELO, E. C. P. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Escola Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 54–61, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000100008>. Acesso em: 7 mar. 2025.

GÜNDOĞDU, N. A.; MERT, Z. T.; GÜNDÜZ, E. S. Not being able to hug our baby before the cables: Early experiences of parents with premature babies. **Nursing Forum**, v. 57, n. 6, p. 1193–1203, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12822>. Acesso em: 22 mar. 2025.

HAYAKAWA, L. M. et al. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário. **Escola Anna Nery**, v. 14, p. 324-329, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000200016>. Acesso em: 14 jan. 2025.

HOFFMANN, S. et al. Moderating or mediating effects of family characteristics on socioeconomic inequalities in child health in high-income countries – a scoping review. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1, 338, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12603-4>. Acesso em: 13 mar. 2025.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Acompanhamento ambulatorial**. Disponível em: <https://sofiafeldman.org.br/acompanhamento-ambulatorial/>. Acesso em: 22 jan. 2025.

HOWE, T. H. et al. Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. **Research in Developmental Disabilities**, v. 35, n. 7, p. 1748–1756, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.02.015>. Acesso em: 22 mar. 2025.

HUA, W. et al. “It turned my life upside down”: Parents’ emotional experience of the transition with their preterm infant from birth to discharge Home—A qualitative study. **Australian Critical Care**, v. 6, n. 5, p. 679-686, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.10.007>. Acesso em: 20 jun. 2025.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**: 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. 180p. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>. Acesso em: 18 jan. 2025.

JENABI, E.; GHOLAMALIEE, B.; KHAZAEI, S. Correlation between health literacy and quality of Life in Iranian menopausal women. **Journal of menopausal medicine**, v. 26, n. 1, p. 34-38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.6118/jmm.19018>. Acesso em: 21 maio 2025.

JEONG, J. et al. Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. **PLoS Medicine**, v. 18, n. 5, e1003602, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>. Acesso em: 22 jan. 2025.

JOAQUIM, R. H. V. T. et al. Early interactions between mothers and hospitalized premature babies: the focus on the essential needs of the child. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 03, p. 580-589, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1051>. Acesso em: 30 jun. 2025.

JONES, L. et al. Maternal wellbeing of Malaysian mothers after the birth of a preterm infant. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 23, n. 1, 510, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05823-y>. Acesso em: 22 jan. 2025.

KHASAWNEH, W.; KHRIESAT, W. Assessment and comparison of mortality and short-term outcomes among premature infants before and after 32-week gestation: A cross-sectional analysis. **Annals of Medicine and Surgery**, v. 60, p. 44–49, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.10.017>. Acesso em: 22 maio 2025.

KUMAR, D. et al. Parental understanding of infant health information: health literacy, numeracy, and the Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). **Acad Pediatr.**, v. 10, n. 5, p. 309-316, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2010.06.007>. Acesso em: 16 jun. 2025.

LAKSHMANAN, A. et al. The impact of preterm birth < 37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. **Health and quality of life outcomes**, v. 15, n. 1, 38, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0602-3>. Acesso em: 4 jan. 2025.

LANGARO, A. K. M. et al. Percepções de mães pós-internamento de prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista CEREUS**, v. 14, n. 1, p. 208-218, 2022. Disponível em: <https://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/3677>. Acesso em: 19 mar. 2025.

LAWLOR, G. C. O. et al. Caracterização de variáveis clínicas e do desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros. **Revista de APS**, v. 21, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16060>. Acesso em: 5 jun. 2025.

LI, Z. et al. Development and assessment of a nutrition literacy scale for patients with end-stage kidney disease undergoing dialysis and its correlation with quality of life. **Renal Failure**, v. 45, n. 1, 2162417, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0886022X.2022.2162417>. Acesso em: 22 jan. 2025.

LIANG, W. et al. Community health education improves child health care in Rural Western China. **BMC pediatrics**, v. 18, n. 1, 132, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1084-0>. Acesso em: 16 mar. 2025.

LIMA, M. F.; SIQUEIRA, R. M.; VENTURA, C. M. U. Neonatal icu: perception of the parents about the hospitalization and the care of the nursing team. **Revista Gestão e Conhecimento**, v. 16, n. 2, p. 692–705, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.55908/RGCV16N2-011>. Acesso em: 14 maio 2025.

MACHADO, G. M. A.; NUNES, L. L.; AQUINO, F. S. B. Gestação e Desenvolvimento Inicial de Gêmeos: Um Estudo a partir de Relatos Maternos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 752–772, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/epp.2022.68651>. Acesso em: 29 jun. 2025.

MAIA, F. E. S.; PAIVA, M. B. M.; CLEMENTE, C. J. E. Suporte ventilatório e o estresse oxidativo em prematuro. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 14, n. 50, p. 105-110, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ras.vol14n50.3861>. Acesso em: 22 mar. 2025.

MALIKIWI, A. I. et al. Postnatal nutritional deficit is an independent predictor of bronchopulmonary dysplasia among extremely premature infants born at or less than 28 weeks gestation. **Early Human Development**, v. 131, p. 29–35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.02.005>. Acesso em: 22 jan. 2025.

MANSANO, I. P. et al. Prevalência de reinternação de crianças nascidas prematuras em um hospital de São Paulo. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. v. 5, n. 21, p. 505–514, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.25060/residpediatr>. Acesso em: 4 jan. 2025.

MARTINELLI, K. et al. Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **R. bras. Est. Pop.** v. 38, p. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0173>. Acesso em: 22 mar. 2025.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. História Do Letramento Em Saúde: Uma Revisão Narrativa. **Revista Unimontes Científica**, v. 24, n. 2, p. 1–23, 2022a. Disponível em: <https://doi.org/10.46551/ruc.v24n2a1>. Acesso em: 14 jun. 2025.

MARTINS, M. C. et al. Percepções de mães nutrizes ao vivenciarem a prematuridade na unidade de terapia intensiva neonatal. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022b. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80125>. Acesso em: 21 maio 2025.

MARTINS, T. **Acidente Vascular Cerebral**: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formassau, 2006. ISBN: 99728485654.

MELO, T. F. M. et al. Custos diretos da prematuridade e fatores associados ao nascimento e condições maternas. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003657>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MESSA, A. A.; MATTOS, R. B.; SALLUM, J. M. F. A vivência de mães e pais de bebês prematuros com doença ocular. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, n. spe, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe5>. Acesso em: 22 mar. 2025.

MUKAKA, M. M. Statistics corner: A guide to appropriate use of correlation coefficient in medical research. **Malawi Med J**, v. 24, n. 3, p. 69-71, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23638278/>. Acesso em: 14 dez. 2024.

MUNHOZ, T. N. et al. Factors associated infant development in Brazilian children: Baseline of the impact assessment of the Happy Child Program. **Cadernos de Saude Publica**, v. 38, n. 2, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00316920>. Acesso em: 18 jan. 2025.

NAIMI, A. J. et al. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016. **Electronic Physician**, v. 9, n. 11, p. 5712–5720, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.19082/5712>. Acesso em: 17 dez. 2024.

NURLAILA et al. Interventions to reduce parental stress and increase readiness of parents with preterm infants in the neonatal intensive care unit: A scoping review. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 29, n. 4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.12.002>. Acesso em: 3 mar. 2025.

PERES, F. Alfabetização, Letramento ou literacia em saúde? Traduzindo e aplicando o conceito de health literacy no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 5, p. 1563–1573, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.14562022>. Acesso em: 17 jan. 2025.

PERES, P. C. N. et al. Literacia em saúde no brasil: estudo cienciométrico. **Enciclopédia Biosfera**, v. 14, n. 25, p. 1589–1599, 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.18677/EnciBio\\_2017A132](https://doi.org/10.18677/EnciBio_2017A132). Acesso em: 22 dez. 2024.

PINO-RIVERA, P. A. et al. Experiencia parental de cuidado al niño prematuro en la unidad de cuidados intensivos neonatal. **Ciencia y Enfermería**, v. 30, 2024. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.29393/ce30-24vpps60024>. Acesso em: 22 jun. 2025.

PINTO, K. R. T. F. et al. Maternal feelings about the hospitalization of the premature child: content analysis. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 4, p. 439-447, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175646>. Acesso em: 15 jan. 2025.

PIVODIC, A. et al. Challenges of parenting children born before 24 weeks of gestation. **Acta Paediatrica**, v. 113, n. 11, p. 2414-2422, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apa.17350>. Acesso em: 22 mar. 2025.

POLIZZI, C. et al. A Study of Maternal Competence in Preterm Birth Condition, during the Transition from Hospital to Home: An Early Intervention Program's Proposal. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 16, 8670, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18168670>. Acesso em: 7 jun. 2025.

QUEIROZ, M. N.; GOMES, T. G. A. C. B.; MOREIRA, A. C. G. Idade gestacional, índice de Apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. 04, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/ccs.v29i04.294>. Acesso em: 22 fev. 2025.

RAMOS, A. C. R. et al. Perfil de morbidade no primeiro ano de vida entre recém-nascidos de alto risco. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 72, n. 4, p. 235–242, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37527/2022.72.4.001>. Acesso em: 12 fev. 2025.

ROBERTSON, E. G. et al. Quality of life in caregivers of a child with a developmental and epileptic encephalopathy. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 66, n. 2, p. 206-215, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dmcn.15695>. Acesso em: 22 mar. 2025.

RODRIGUES, O. M. P. R.; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-12822011000100011](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12822011000100011). Acesso em: 25 jan. 2025.

SÁ, F. E. et al. Intervenção parental melhora o desenvolvimento motor de lactentes de risco: série de casos. **Fisioter. Pesqui.**, v. 24, n. 1, p. 15-21, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/15828624012017>. Acesso em: 22 jan. 2025.

SÁNTHA, A. The Sociodemographic Determinants of Health Literacy in the Ethnic Hungarian Mothers of Young Children in Eastern Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 11, 5517, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18115517>. Acesso em: 22 dez. 2024.

SANTOS, L. M. et al. Experiências durante a internação de um recém-nascido prematuro em terapia intensiva. **Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 40, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i40.41903>. Acesso em: 27 fev. 2025.

SANTOS, M. I. P. O.; PORTELLA, M. R. Condições do letramento funcional em saúde de um grupo de idosos diabéticos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 156–164, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690121i>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SANTOS, N. L. **A influência do ambiente no desenvolvimento neuropsicomotor da criança pré termo**. 2022. Monografia (Especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2022. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/53017>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SCHIAVO, R. A. et al. Fatores materno-infantis associados ao desenvolvimento de bebês prematuros e a termo. **Revista Psicologia E Saúde**, v. 12, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.1031>. Acesso em: 22 jan. 2025.

SILVA, G. M.; FREIRE, A. J. M.; DUTRA, L. P. Motor performance of premature infants according to Alberta Infant Motor Scale: A literature review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, e27910716402, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16402>. Acesso em: 16 jan. 2025.

SILVA, Í. C. P. et al. Estrés parental en familias pobres. **Psicologia em Estudo**, v. 24, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/1807-0329e40285>. Acesso em: 8 mar. 2025.

SILVA, L. B. et al. Maternidade-Trabalho: Experiências Emocionais ao Longo da Gravidez, Licença-Maternidade e Retorno ao Trabalho. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 22, n. 3, p. 2153–2162, 2022. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/article/view/23359>. Acesso em: 19 jan. 2025.

SILVA, M. O.; OLIVEIRA, S. R. Vivência de pais de filhos prematuros em cuidados domiciliares: um estudo bibliográfico. **Rev Ciênc Saúde [Internet]**, v. 4, n. 1, p 24-33, 2019. Disponível em: <https://revistaeletronicafunvic.org/index.php/c14ffd10/article/view/124>. Acesso em: 6 fev. 2025.

SILVA, P. A. B. et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 3, p. 390-397, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004912>. Acesso em: 23 dez. 2024.

SILVA, R. M. M. **O cuidado de crianças prematuras em região de fronteira: necessidades essenciais e especiais de saúde**. 2019. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.22.2019.tde-23072019-111305>. Acesso em: 02/03/2024.

SILVEIRA, R. C. (coord. e org). **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de pediatria, 2012. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/seguinto\\_prematuro\\_ok.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguinto_prematuro_ok.pdf). Acesso em: 12 fev. 2025.

SIMÃO, D. A. S. et al. Aplicação dos fundamentos do letramento em saúde para capacitação de pais de crianças na primeira infância: revisão integrativa. In: MLMOHALHA, L. **Vigilância do desenvolvimento infantil típico e neurodiverso: conceituação e processos inclusivos**. Editora Científica Digital, 2023. p. 285-294. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/230412886>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SIMCH, F. B. L. et al. Adaptação transcultural e validação do instrumento Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT). **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, p. 989–1004, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012704>. Acesso em: 15 dez. 2024.

SIQUEIRA, H. G. **Experiências de família no seguimento de recém-nascidos de risco: Revisão Sistemática Qualitativa**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/33345>. Acesso em: 15 fev. 2025.

SOUSA, M. N. A. et al. Literacia em saúde e a qualidade de vida da população: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, e3880, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3880.2020>. Acesso em: 14 mar. 2025.

SOUZA, J. N. et al. Interferência da temperatura, do peso de nascimento e da dieta no tempo de internação em unidade neonatal. **Brazilian Journal of Development**, v. 10, n. 10, e73334, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv10n10-016>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SOUZA, M. S. et al. Kangaroo care in the neonatal ICU: health benefits and maternal-infant bonding. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 13, e160111335072, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35072>. Acesso em: 18 fev. 2025.

STORMACQ, C.; VAN DEN BROUCKE, S.; WOSINSKI, J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? **Integrative review**. *Health Promotion International*, v. 34, n. 5, p. e1-e17, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/day062>. Acesso em: 5 jan. 2025.

TAŞTEKIN, E.; BAYHAN, P. Living with a birthmark: Phenomenology of prematurity for mothers in Turkey. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 69, p. 77-85, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.01.002>. Acesso em: 22 jan. 2025.

TAVARES, T. S. et al. Caracterização do perfil das crianças egressas de unidade neonatal com condição crônica. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 3, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.802>. Acesso em: 3 fev. 2025.

TEIXEIRA, J. A. M. et al. Mortalidade no primeiro dia de vida: tendências, causas de óbito e evitabilidade em oito Unidades da Federação brasileira, entre 2010 e 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 28, n. 1, e2018132, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000100006>. Acesso em: 7 dez. 2024.

THYGESEN, S. K. et al. Respiratory distress syndrome in moderately late and late preterm infants and risk of cerebral palsy: A population-based cohort study. **BMJ Open**, v. 6, n. 10, e011643, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011643>. Acesso em: 22 mar. 2025.

TREYVAUD, K. Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: A review. **Seminars in Fetal and Neonatal Medicine**, v. 19, n. 2, p. 131–135, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.10.008>. Acesso em: 16 jan. 2025.

TRONCHIN, D. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 79-88, 2007. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/rngenf/article/view/4703>. Acesso em: 22 jan. 2025.

TRUBIAN, F. et al. Follow-up do desenvolvimento motor de prematuros. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 21, n. 1, p. 46–52, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v21i1.43509>. Acesso em: 14 fev. 2025.

VANCE, A. J. et al. Development of parenting self-efficacy in mothers of high-risk infants. **Early Human Development**, v. 141, 104946, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104946>. Acesso em: 8 dez. 2024.

VANCE, A. J.; BRANDON, D. H. Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. **Advances in Nursing Science**, v. 40, n. 4, p. E18–E37, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/ANS.000000000000179>. Acesso em: 9 jan. 2025.

VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>. Acesso em: 15 dez. 2024.

VIEIRA, L. R. F. S. et al. Atuação dos profissionais de enfermagem no processo de alta de neonatos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista foco**, v. 16, n. 8, e2558, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n8-030>. Acesso em: 15 mar. 2025.

WHO. World Health Organization. **Born too soon**: decade of action on preterm birth. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073890>. Acesso em: 23 jan. 2025.

WHO. World Health Organization. **Promoting health in the SDGs**: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 jan. 2025.

WHO. World Health Organization. **WHOQOL**: Measuring quality of life. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>. Acesso em: 7 dez. 2024.

XAVIER, J. S.; BERNARDINO, F. B. S.; GAÍVA, M. A. M. Follow-up of newborns at risk: integrativa literature review. Research, **Society and Development**, v. 9, n. 11, e579119515, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9515>. Acesso em: 3 set. 2024.

YIN, H. S. et al. Assessment of Health Literacy and Numeracy Among Spanish-Speaking Parents of Young Children: Validation of the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish). **Academic Pediatrics**, v. 12, n. 1, p. 68–74, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.08.008>. Acesso em: 22 fev. 2025.

ZANATTA, E.; PEREIRA, C. R. R.; ALVES, A. P. A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 3, p. 16–16, 2017. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-89082017000300005](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000300005). Acesso em: 2 jun. 2025.

ZHANG, L. et al. The effect of health literacy, self-efficacy, social support and fear of disease progression on the health-related quality of life of patients with cancer in China: a structural equation model. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 21, n. 1, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02159-1>. Acesso em: 14 jun. 2025.

**APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados quantitativos socioeconômicos  
e demográficos aplicado ao cuidador**

**NÚMERO DE REGISTRO DE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_**

1. Região de Residência	<input type="checkbox"/> Belo Horizonte
	<input type="checkbox"/> Região Metropolitana
	<input type="checkbox"/> Interior de Minas Gérias
2. Idade (anos)	_____ anos
3. Escolaridade	<input type="checkbox"/> analfabeto/primário incompleto (até 3 série fundamental)
	<input type="checkbox"/> primário completo/ginásial incompleto (até 4 série fundamental)
	<input type="checkbox"/> ginásial completo/colegial incompleto (fundamental completo)
	<input type="checkbox"/> colegial completo/superior incompleto (médio completo)
	<input type="checkbox"/> superior completo
4. Qual a renda familiar mensal (Quanto recebem todos os membros da família juntos?)(R\$reais,00)	_____,00
5. Raça ou cor da pele	<input type="checkbox"/> branca
	<input type="checkbox"/> preta
	<input type="checkbox"/> parda
	<input type="checkbox"/> amarela
	<input type="checkbox"/> indígena
	<input type="checkbox"/> outra
6. Estado civil	<input type="checkbox"/> Solteiro
	<input type="checkbox"/> Casada
	<input type="checkbox"/> União estável
	<input type="checkbox"/> Divorciado
	<input type="checkbox"/> Viúvo
	<input type="checkbox"/> Não informado
7. Tipo de emprego	<input type="checkbox"/> Responsável pelos cuidados do lar
	<input type="checkbox"/> Empregada
	<input type="checkbox"/> Autônoma ou empregadora
	<input type="checkbox"/> Não ocupada
8. Após o nascimento da criança tem sido difícil obter o dinheiro para o básico como alimentação	<input type="checkbox"/> Nunca
	<input type="checkbox"/> Raramente
	<input type="checkbox"/> Com alguma frequência
	<input type="checkbox"/> Muito frequente
9. O cuidador parou de trabalhar devido à problema de saúde da criança	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
10. Quantidade de pessoas que vivem na mesma casa	_____
11. Gestações Maternas	_____

12. Partos Maternos	
13. Mãe com filhos anteriores prematuros	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
14. Mãe com óbito de filhos <cinco anos	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

**APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados quantitativos  
sociodemográficos aplicado a mãe o sobre lactente**

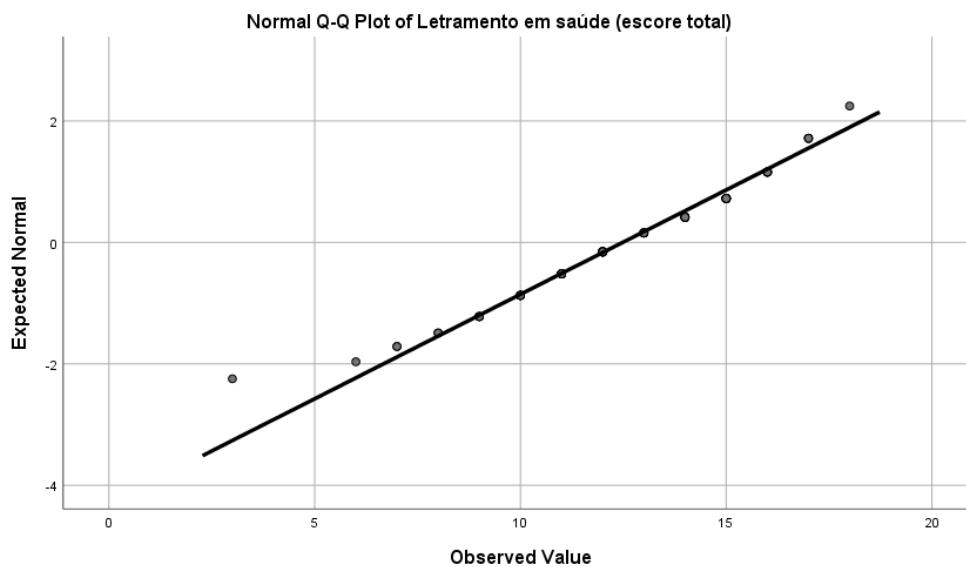
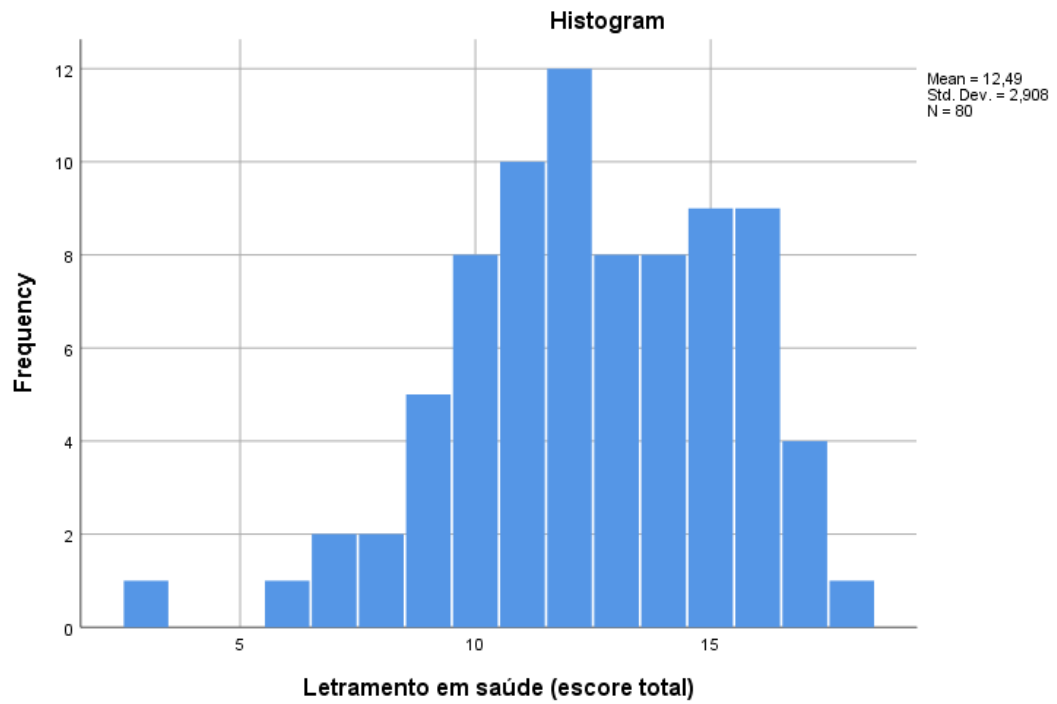
**NÚMERO DE REGISTRO DE PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_**

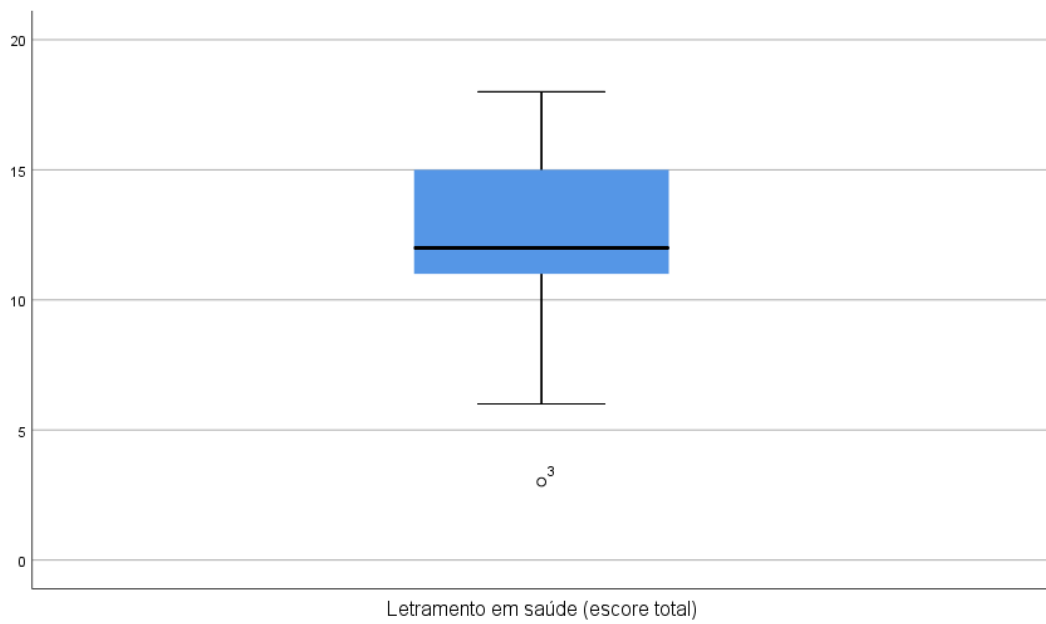
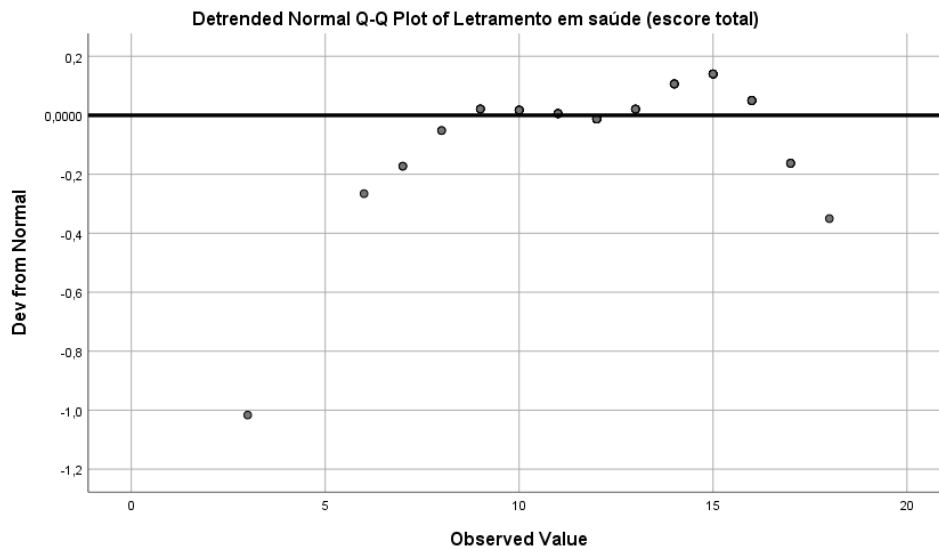
1. Sexo	<input type="checkbox"/> Feminino
	<input type="checkbox"/> Masculino
2. Raça ou cor da pele	<input type="checkbox"/> branca
	<input type="checkbox"/> parda
	<input type="checkbox"/> amarela
	<input type="checkbox"/> indígena
	<input type="checkbox"/> preta
	<input type="checkbox"/> outra
3. Idade Gestacional ao nascimento	_____
4. Gestação gemelar	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
5. Estatura ao nascer	_____
6. Peso ao nascer	_____
7. Dias de internação após nascimento	_____
8. Após a alta, houve novas internações	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
9. Idade cronológica	_____
6. Idade corrigida	_____
7. Alimentação atual	<input type="checkbox"/> Aleitamento materno exclusivo
	<input type="checkbox"/> Aleitamento materno predominante
	<input type="checkbox"/> Aleitamento materno complementado
	<input type="checkbox"/> Fórmula
	<input type="checkbox"/> Outros

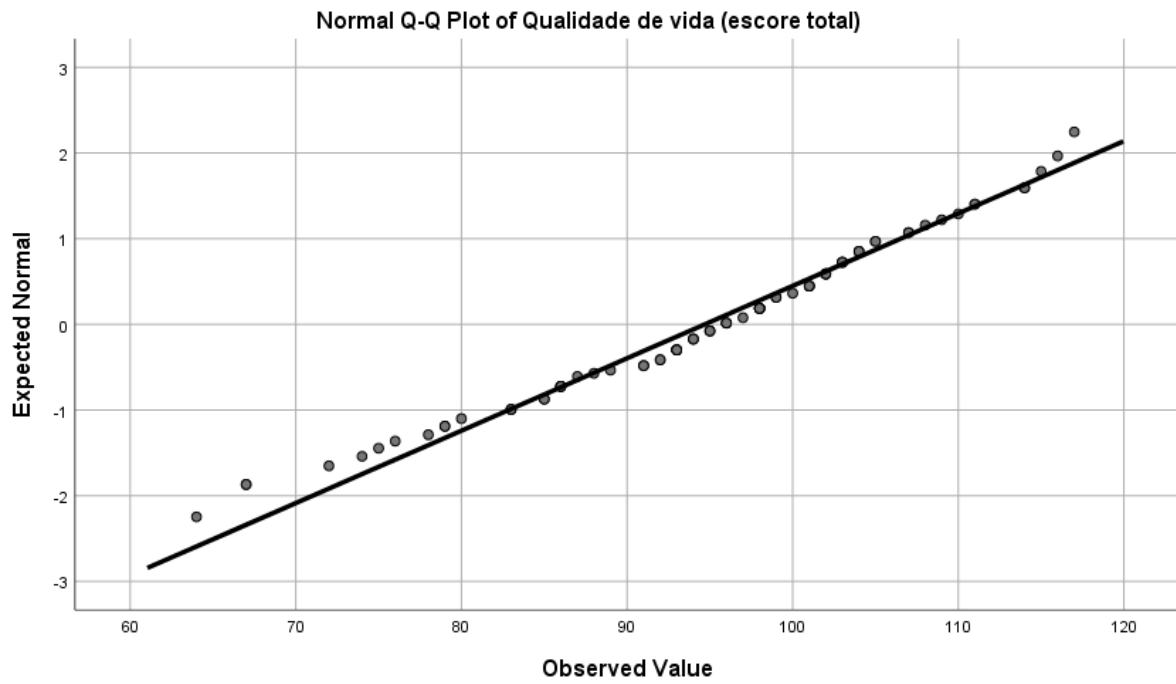
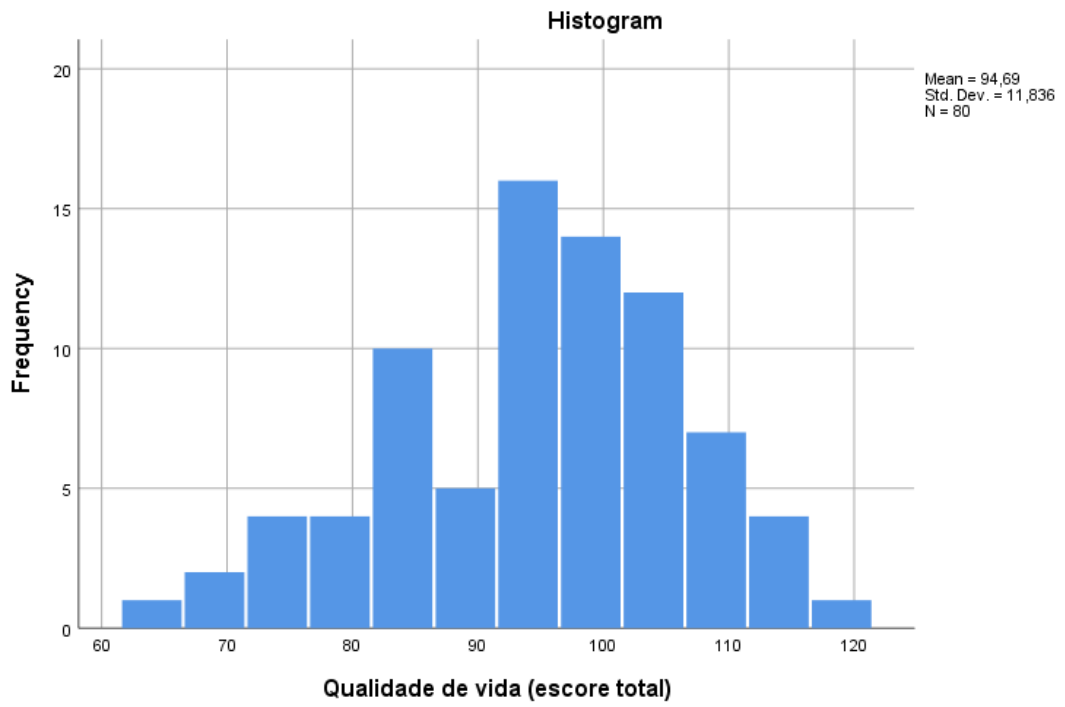
### APÊNDICE C – Teste de normalidade

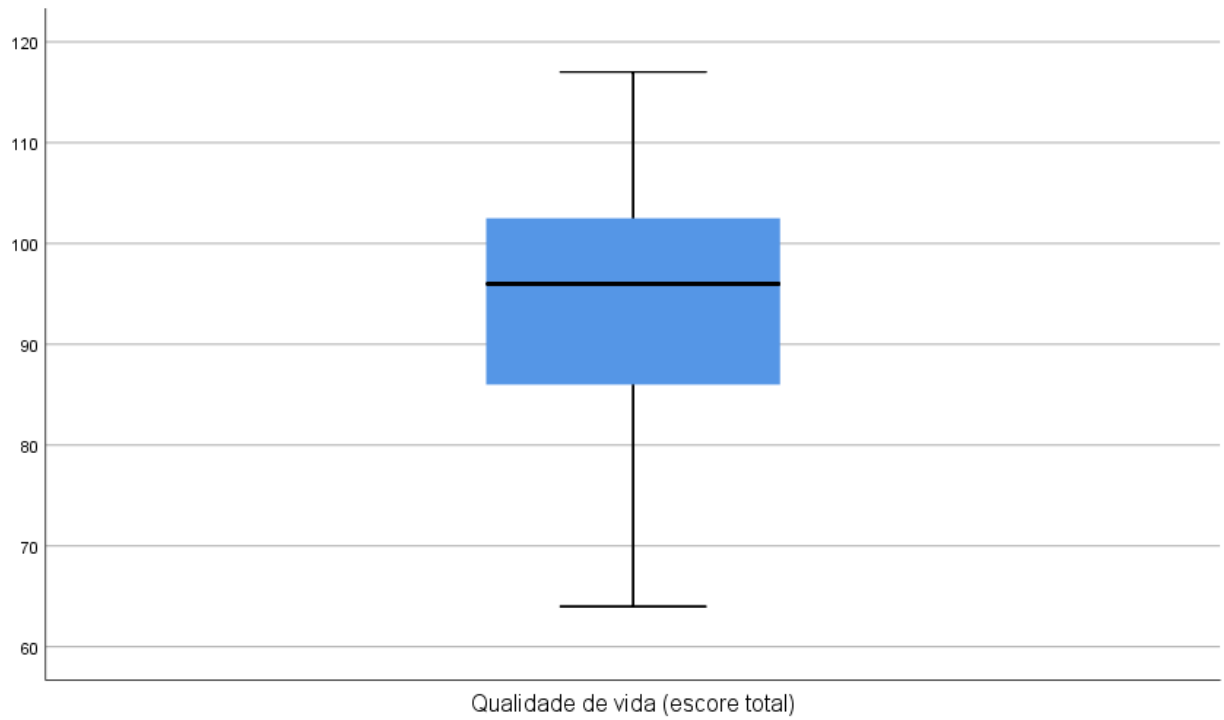
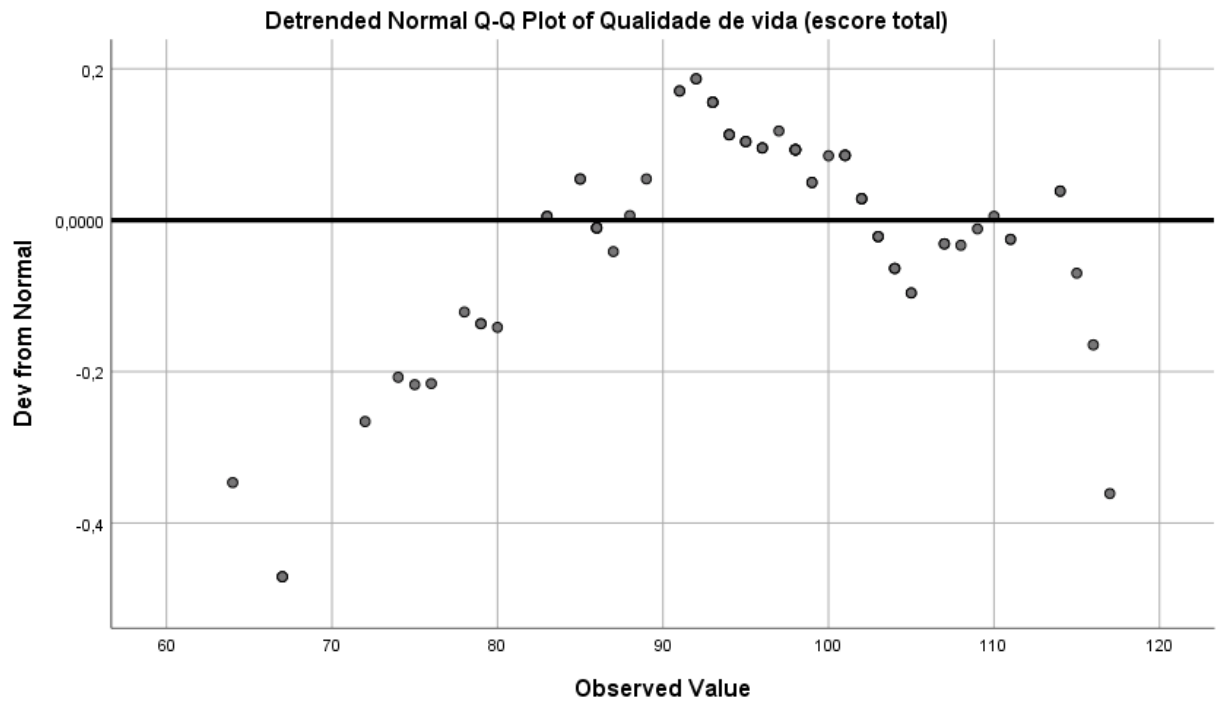
<b>Tests of Normality</b>						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Letramento em Saúde (escore total)	0,094	80	0,079	0,969	80	0,049
Qualidade de vida (escore total)	0,093	80	0,082	0,977	80	0,163

<sup>a</sup> Lilliefors Significance Correction



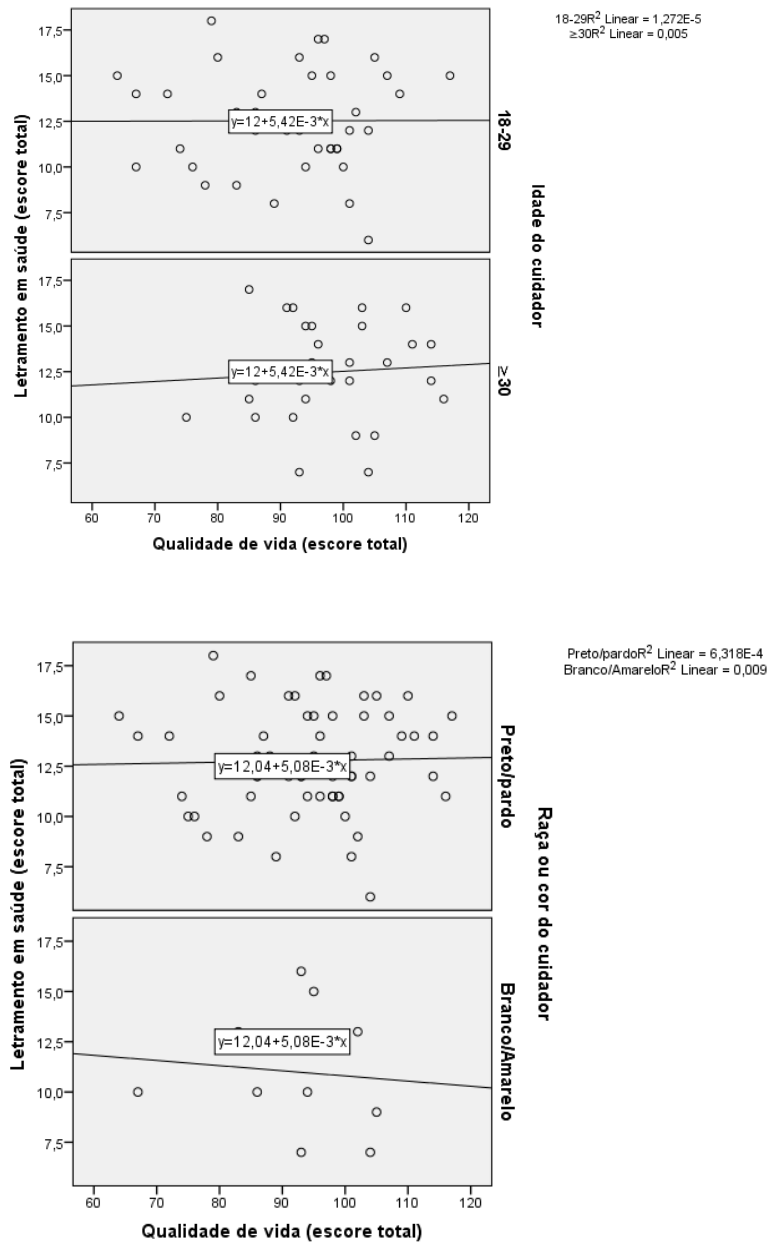


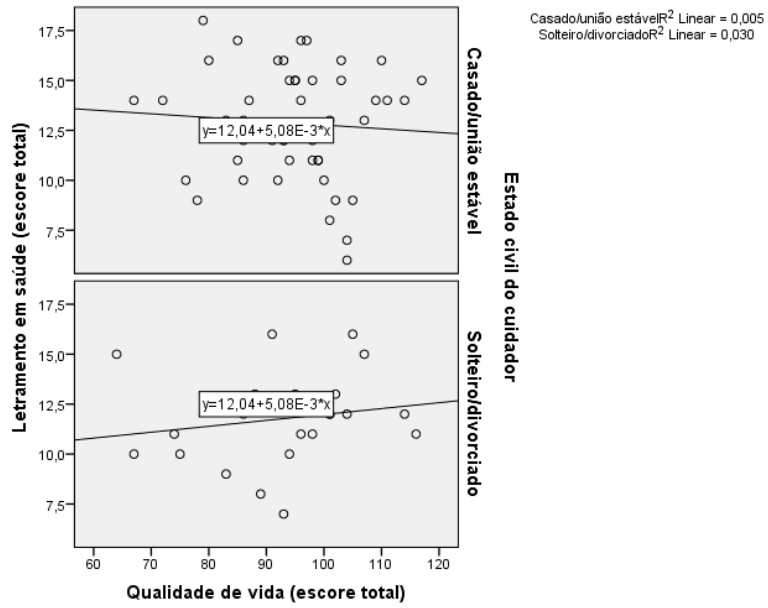
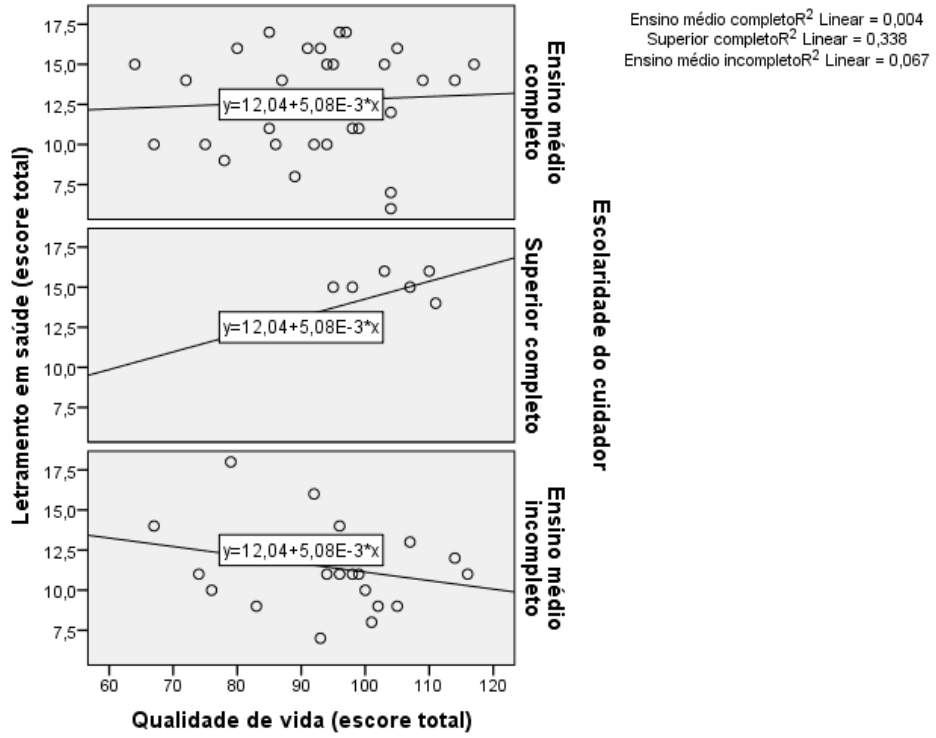


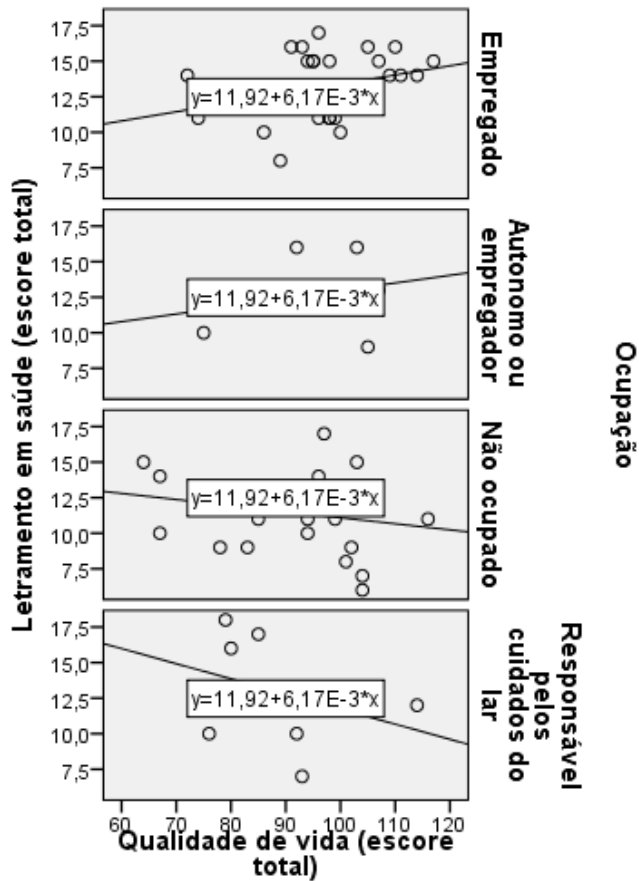


## APÊNDICE D – Gráficos de dispersão Letramento em saúde Parental e Qualidade de Vida

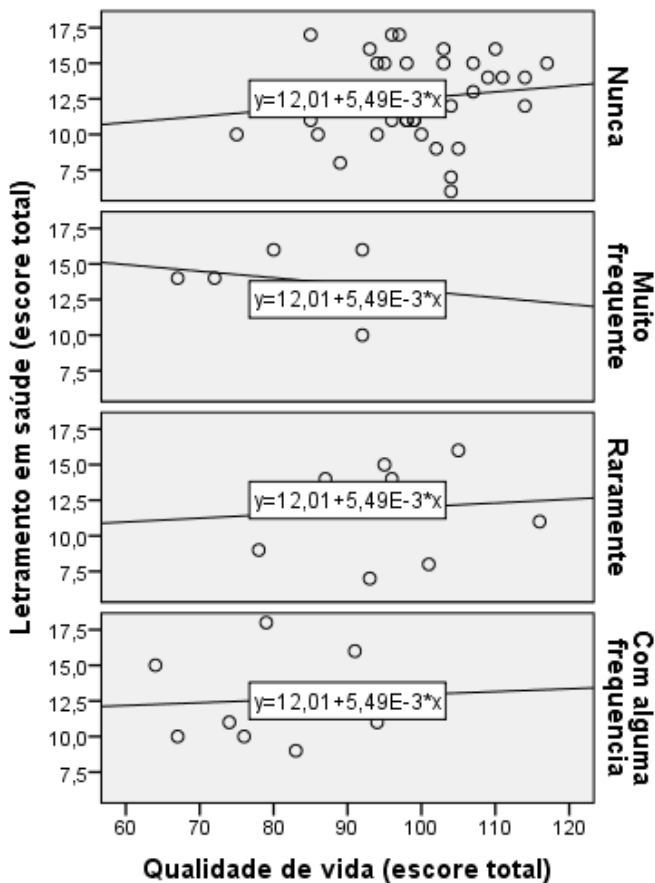
Gráficos de dispersão aplicando retas de regressão linear com 95% de intervalos de confiança (IC95%) entre o Letramento em saúde Parental e Qualidade de Vida das mães cuidadoras principais de lactente prematuros segundo as covariáveis estudadas.



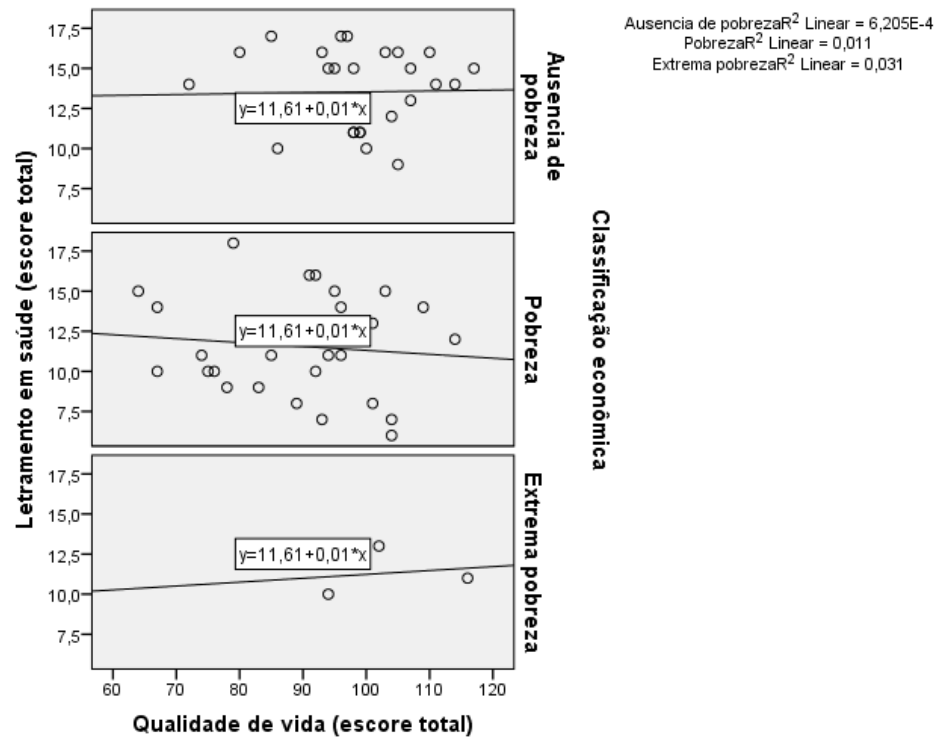
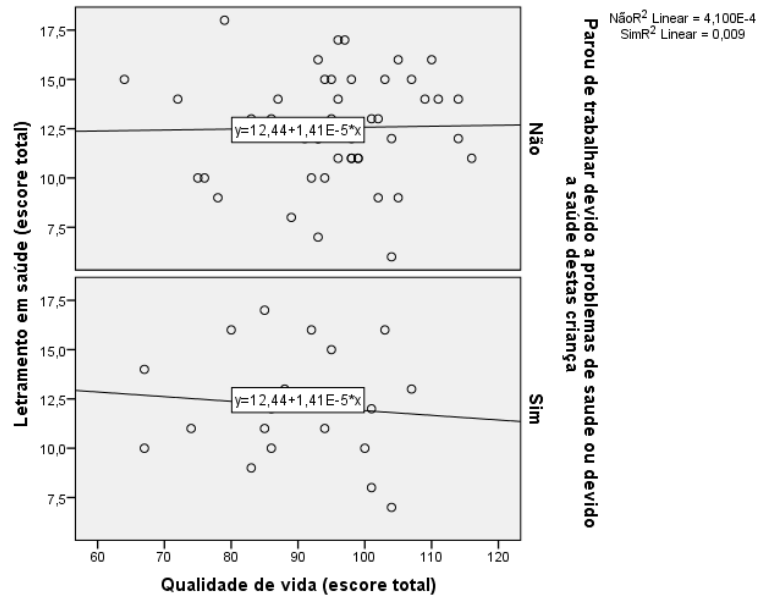


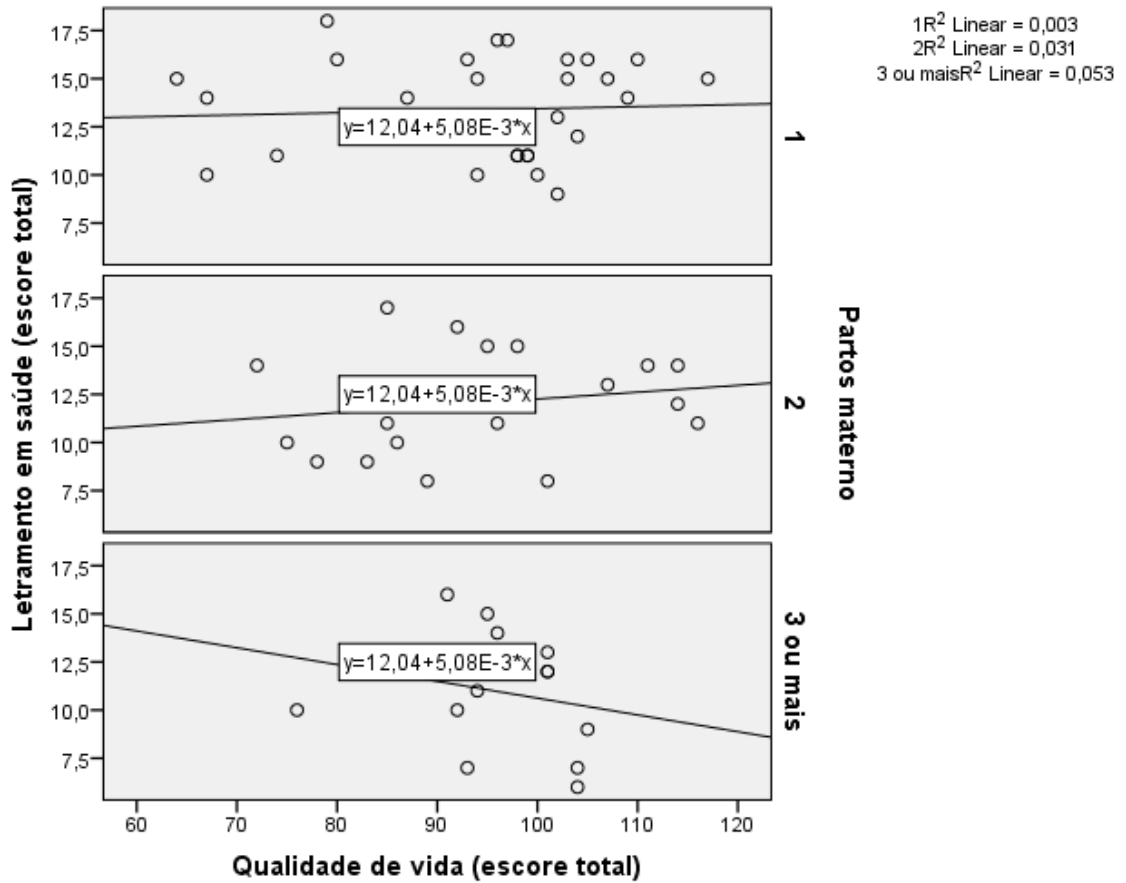
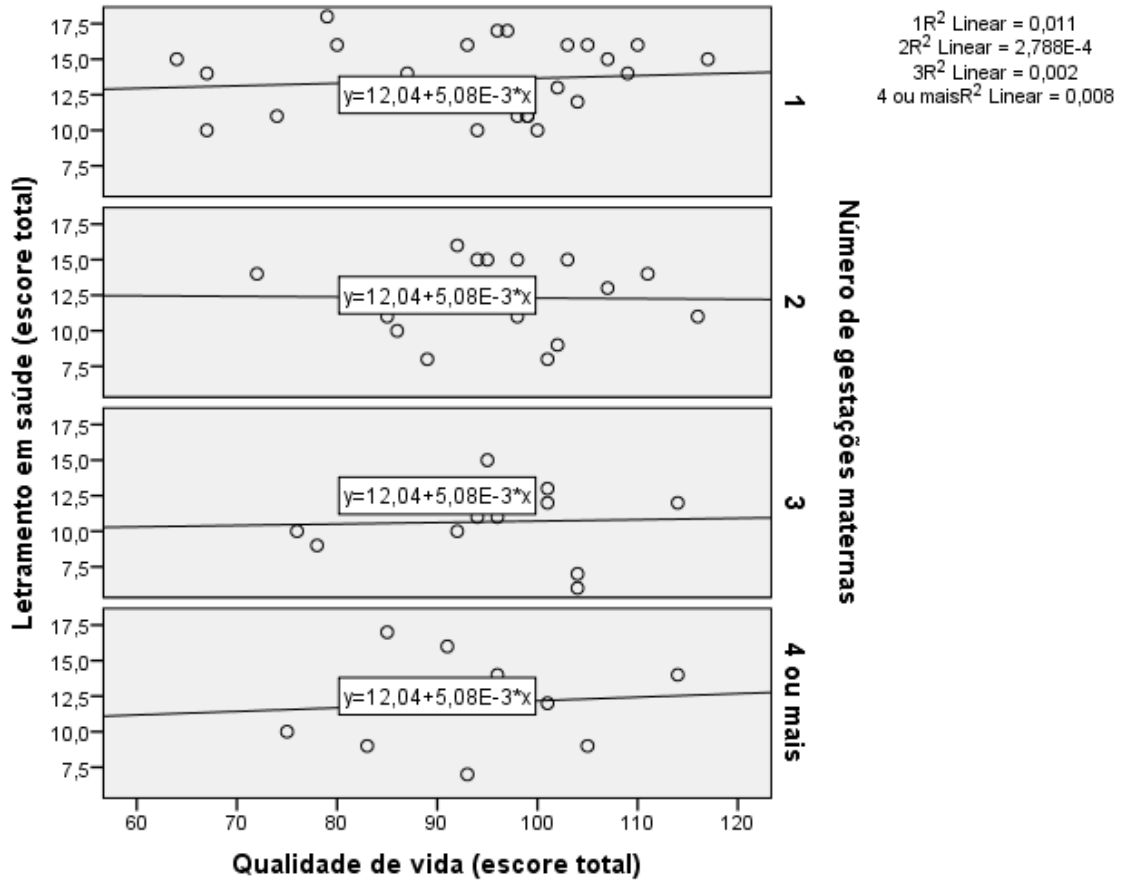


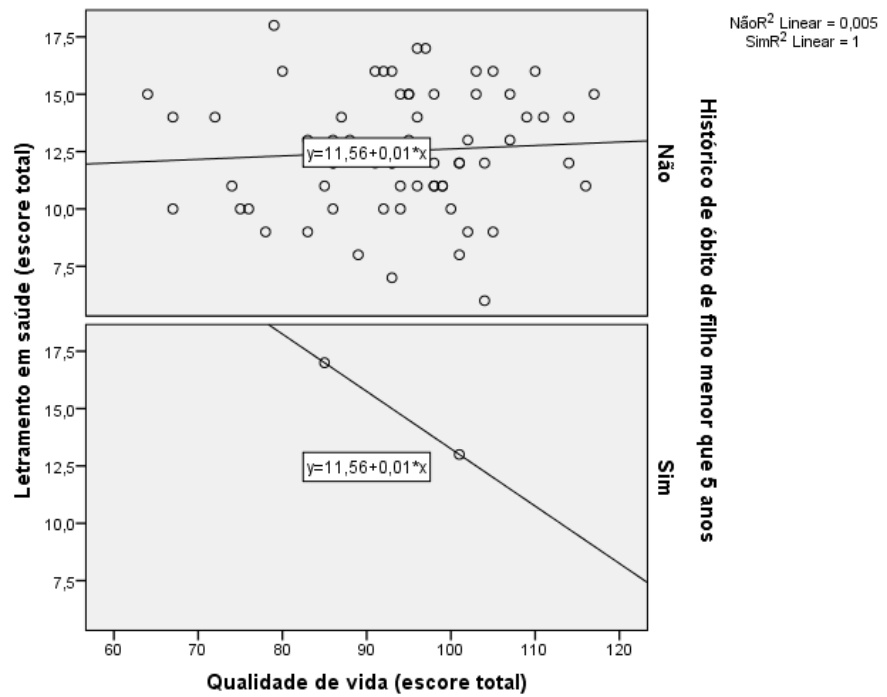
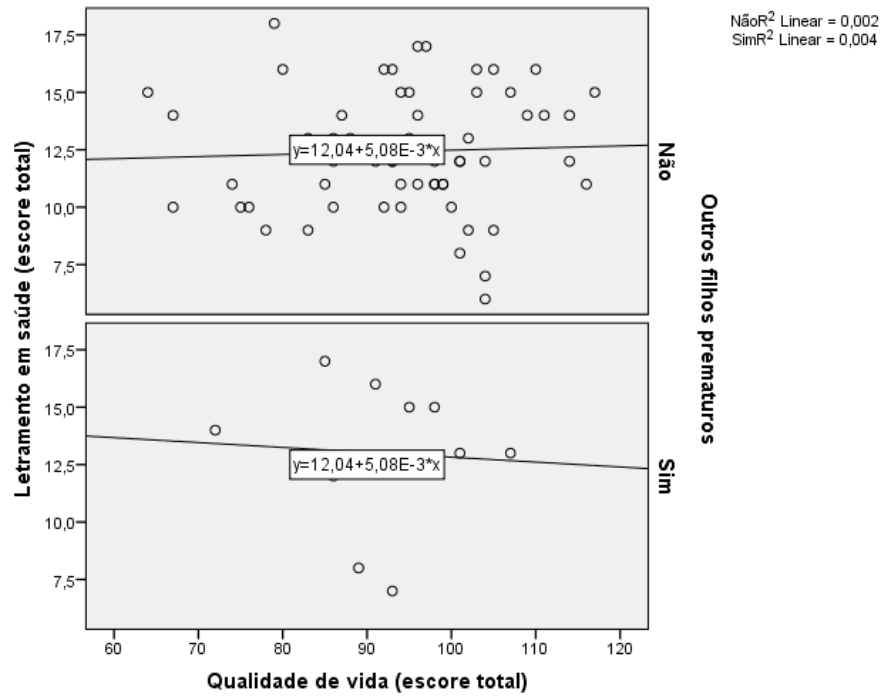
EmpregadoR<sup>2</sup> Linear = 0,086  
 Autonomo ou empregadorR<sup>2</sup> Linear = 0,054  
 Não ocupadoR<sup>2</sup> Linear = 0,045  
 Responsável pelos cuidados do larR<sup>2</sup> Linear = 0,113



NuncaR<sup>2</sup> Linear = 0,020  
 Muito frequenteR<sup>2</sup> Linear = 0,078  
 RaramenteR<sup>2</sup> Linear = 0,009  
 Com alguma frequênciaR<sup>2</sup> Linear = 0,004







**ANEXO A – Teste de atividades de Letramento em Saúde dos pais - *Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT)***

**NÚMERO DE REGISTRO:** \_\_\_\_\_

1. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó , quanto de água e de pó você colocaria para fazer 120 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

2. Usando as instruções oferecidas na embalagem de leite em pó 2, quanto de água e de pó você colocaria para fazer 210 ml de leite?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

3. Seu bebê tem diarreia e o pediatra recomenda que você dê uma mamadeira de 240 ml, misturando metade de leite e metade de soro para reidratação oral. Como você prepararia essa mamadeira com o leite em pó 1?

Quantidade de água utilizada: \_\_\_\_\_

Número de medidas colocadas: \_\_\_\_\_

Quantidade de soro utilizada: \_\_\_\_\_

4. Você é informado pelo pediatra do seu bebê para leva-lo a um serviço de saúde se ele tiver uma temperatura de 38°C ou maior. No termômetro está marcando a seguinte temperatura: 37,8°C Você deveria levar sua criança para avaliação no serviço de saúde? ( ) Sim ( ) Não

5. Vamos dizer que sua criança de 10 meses pesa 10.400 gramas e tem altura normal para a idade. Usando a tabela sobre o uso de assentos para crianças, qual assento para o carro você deve escolher para seu filho?

- a) Bebê conforto, virado para trás, no banco traseiro.
- b) Bebê conforto, virado para a frente, no banco traseiro.
- c) Cadeira de segurança, virado para trás, no banco traseiro.
- d) Cadeira de segurança, virado para a frente, no banco traseiro.

6. Na consulta de acompanhamento de 2 meses do seu bebê, o médico lhe diz que, de acordo com a curva de crescimento infantil, ela está no percentil 25 de peso. O que esse percentil significa? Por favor, veja a curva de crescimento exibida.

- a) De 100 bebês, seu bebê é igual ou maior que 25 deles.
- b) De 100 bebês, seu bebê é menor que 25 deles.
- c) De 100 bebês, seu bebê é maior que 75 deles.

d) De 100 bebês, seu bebê é menor que 52 deles.

7. Se seu bebê de 7 meses pesa 8 quilos e está com febre, quanto remédio para febre você deve dar ao bebê? Usando a Tabela de Dosagem do medicamento exibida, indique a quantidade de gotas de remédio que você deve dar ao seu filho. Decida a dose com base no peso do seu filho. \_\_\_\_\_

8. Examinando as bulas dos dois tipos de medicamentos infantis para febre exibidas, de qual deles você precisaria usar um número menor de gotas, para tratar a febre do seu bebê?

a) Ibuprofeno 50mg

b) Ibuprofeno 100mg

9. Seu bebê de 3 meses pesa 5 quilos e está com febre e você compra remédio para febre, em gotas. Usando a caixa como referência, você daria o medicamento ao seu bebê?

Sim

Eu ligaria para o pediatra ou levaria ao serviço de saúde.

Não

10. Se você estiver usando remédio infantil para tratar a febre do seu filho, e seu médico recomendar que você dê apenas  $\frac{1}{2}$  colher de chá do medicamento, quantos mililitros (mL) você precisa dar? Você pode consultar a tabela exibida. \_\_\_\_\_

11. Seu sobrinho de 3 anos e 16 quilos vem visitá-los e de repente ele está com febre. Para tratar a febre, você decide dar-lhe o recomendado na bula do remédio infantil para febre de 2,5ml. Quanto você deve dar a ele?

a)  $\frac{1}{2}$  (meia) colher de chá

b) 1 colher de chá

c) 1  $\frac{1}{2}$  colher de chá

d) 1 colher de sopa

12. O seu médico lhe dá a seguinte lista de alimentos para evitar dar ao seu bebê. - Leite - Claras de ovos - Uvas - Pipoca - Amendoim, castanhas, nozes - Peixe e marisco - Cenouras cruas - Cachorro-quente

Depois de ler a lista de ingredientes do biscoito entregue, você daria isso para o seu bebê de 10 meses?

Sim  Não

13. Aos 6 meses de idade, seu bebê tem uma chance maior de pegar resfriados e outras infecções. Tomando como exemplo o paracetamol gotas entregue, decida se você usaria esse medicamento para seu filho e quanto você daria.

Sim – eu daria \_\_\_\_\_ (coloque a quantidade).

Sim – mas eu perguntaria ao pediatra primeiro.

( ) Não – eu não daria o medicamento para meu filho.

14. De acordo com as informações na caixa do medicamento oferecida, quais sintomas esta medicação ajuda a aliviar.

a) congestão nasal

b) Vômito

c) Febre/Dor

d) Tosse

15. Seu bebê tem 1 ano de idade, pesa 8 quilos e está resfriado e com febre. Você dá a ele a quantidade de gotas de paracetamol que sempre usa, mas uma hora depois, ele ainda está com febre. Você também tem um frasco de dipirona. O que você deve fazer, dar o outro medicamento ou esperar?

a) Dar \_\_\_\_\_ ml/gotas de dipirona.

b) Esperar, porque \_\_\_\_\_.

16. Seu bebê tem uma infecção no ouvido e o médico receitou amoxicilina 3 vezes ao dia (ver frasco). Usando a seringa/copo, demonstre como você administraria a dose prescrita de 5 ml.

a) Demonstrou corretamente

b) Demonstrou incorretamente

17. Um nutricionista diz-lhe para dar ao seu bebê, com mais de seis meses, não mais que 50 ml de suco por vez. 200 ml de suco dará para quantas vezes? \_\_\_\_\_ vezes.

18. Bebidas industrializadas adoçadas possuem quantidades elevadas de açúcar e baixo teor de nutrientes importantes para manutenção da saúde. Deve-se dar preferência a sucos naturais com 100% de frutas ou vegetais. Os sucos prontos devem especificar no rótulo quanto de açúcar, vitaminas, proteínas, sódio e outros componentes contém. Com base nessa informação, analise o rótulo com os Dados Nutricionais, do suco demonstrado, e decida se poderia ser dado ao seu filho?

( ) Sim ( ) Não

Para as perguntas 19-20, consulte as páginas do Folheto de Aleitamento Materno fornecidas:

19. Nos primeiros 3 dias de aleitamento materno, o peito fica inchado e dolorido. De acordo com este folheto, quanto tempo vai levar para melhorar? \_\_\_\_\_

20. Você não tem certeza se o seu bebê está recebendo leite suficiente, uma vez que demora cerca de 15 minutos para se alimentar em ambos os seios. De acordo com este folheto, isto é:

a) normal

b) mais que o normal

c) menos que o normal

## ANEXO B – WHOQOL - ABREVIADO - Versão em Português

NÚMERO DE REGISTRO: \_\_\_\_\_

### Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua Qualidade de Vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

1	Como você avaliaria sua Qualidade de Vida?	muito ruim	ruim	nem ruim, nem boa	boa	muito boa
		1	2	3	4	5

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
		1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
--	------	-------------	---------------	----------	--------------

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
		1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
--	--	--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	nunca	algumas vezes	freqüente mente	muito freqüente mente	sempre
		1	2	3	4	5

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**