

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Jaquiele Jaciára Kegler

**FATORES ESTRESSORES DE PAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Santa Maria, RS
2018

Jaquiele Jaciára Kegler

**FATORES ESTRESSORES DE PAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Tatsch Neves
Coorientador: Prof. Dr. Augusto Maciel da Silva

Santa Maria, RS
2018

Kegler, Jaquiele Jaciara

Fatores estressores de pais de uma unidade de terapia
intensiva neonatal / Jaquiele Jaciara Kegler.- 2018.

127 f.; 30 cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves

Coorientador: Augusto Maciel da Silva

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

1. Estresse Psicológico 2. Pais 3. Unidades de Terapia
Intensiva Neonatal I. Neves, Eliane Tatsch II. Silva,
Augusto Maciel da III. Título.

Jaquiele Jaciára Kegler

**FATORES ESTRESSORES DE PAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 20 de fevereiro de 2018:

Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Augusto Maciel da Silva, Dr. (UFSM)
(Coorientador)

Flávia Simphronio Balbino, Dra. (UNIFESP)

Angela Regina Maciel Weinmann, Dra. (UFSM)

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, aos meus pais Jair e Marli e ao meu noivo Jacson, que foram meu alicerce, minha inspiração e força, que me deram apoio, incentivo e amparo nesta caminhada. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Esse caminho não foi trilhado sozinho, muitas foram as pessoas que me apoiaram, incentivaram e acreditaram em mim. À todas elas, os meus agradecimentos:

*À **Deus**, pelo dom da vida e pela proteção. Por ter me permitido encontrar tantas pessoas especiais, que trilharam este caminho junto comigo. Gratidão pela força diante das dificuldades.*

*Aos meus pais, **Jair** e **Marli**, por todo carinho, apoio e incentivo. Por sempre me fazerem acreditar nos meus sonhos. Obrigada por todos os esforços para que eu pudesse chegar até aqui. Vocês são meu exemplo de força, determinação e honestidade.*

*Ao meu irmão **Vitor** pelo companheirismo, carinho e momentos de alegria.*

*Ao meu noivo **Jacson**, por todo amor, carinho, cumplicidade e apoio. Por acreditar no meu potencial e incentivar-me em cada sonho. Por tudo que fazes por mim e por todo o seu amor. Por me trazer a calma nos momentos que mais precisei. Amo-te infinitamente!*

*À minha vó **Loni**, pelo carinho, aconchego e cumplicidade.*

*À minha tia **Jaqueline**, por todo o seu carinho e incentivo.*

*Aos meus lindos afilhados, **Tassiano**, **Matheo**, **João** e **Igor**, que mesmo sem saber foram muitos importantes nesta caminhada, ao me encherem de amor e energia.*

*Aos meus sogros, **Gilsomar** e **Neusa**, pelo carinho e incentivo.*

*As Divas do meu coração **Andressa**, **Carol**, **Fernanda** e **Júlia**, por todas as boas vibrações, carinho e incentivo. Por terem me proporcionado momentos tão especiais, cheios de paz e alegrias.*

*À família Kurtz, em especial a minha amiga **Karine**, por todas as palavras de incentivo e carinho. Ao seu lindo filho **Arthur**, por todos os momentos de ternura e alegrias.*

*Aos meus **amigos** que estiveram comigo, por todo o apoio e incentivo.*

*À minha orientadora **Eliane**, pela acolhida, ensinamentos, carinho e apoio. Pela amizade construída. Por todas as oportunidades de crescimento e amadurecimento.*

Pelo exemplo de comprometimento e determinação.

Ao meu coorientador **Augusto**, por toda a sua paciência e disponibilidade. Por todo o aprendizado proporcionado.

Ao **Leonardo**, por todo o apoio e incentivo. Por todos os ensinamentos. Pelo exemplo de profissional.

Ao **Grupo de Pesquisa CRIANDO**, pelos momentos de alegria e construção de conhecimento.

À **Universidade Federal de Santa Maria**, pelo ensino gratuito e de qualidade. Pela oportunidade de graduar-me e pós-graduar.

Ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf)** da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), pelas oportunidades de crescimento profissional.

À **10ª Turma de Mestrado em Enfermagem do PPGEnf** da UFSM pela parceria e carinho. Por todos os momentos de conversas, alegrias, descontração e crescimento.

À **equipe da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)** do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), pela acolhida, incentivo e carinho. Por todos os momentos de alegrias. Por todos os ensinamentos.

Aos **recém-nascidos da UTIN do HUSM**, pelo encantamento que me proporcionam. Por representarem os melhores exemplos de força e superação. Por me fazerem acreditar que o amor e o carinho podem mudar uma vida.

Aos **pais dos recém-nascidos da UTIN do HUSM**, participantes deste estudo, por terem possibilitado a sua realização. Por serem exemplos de fé, carinho e força. Por participarem mesmo diante de tamanha adversidade.

Às professoras doutoras da Banca Examinadora, **Flávia Simphronio Balbino**, **Angela Regina Maciel Weinmann** e **Tania Solange Bosi de Souza Magnago** pela disponibilidade em contribuir com esse trabalho.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão da bolsa de Mestrado.

Enfim, a todos que de alguma maneira me ajudaram e apoiaram para chegar até aqui, meu **MUITO OBRIGADA!**

“Acredite no poder da palavra “Desistir” tire o D coloque o R que você vai Resistir. Uma pequena mudança às vezes traz esperança e faz a gente seguir.”

Bráulio Bessa

RESUMO

FATORES ESTRESSORES DE PAIS DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

AUTORA: Jaquiele Jaciára Kegler
ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Eliane Tatsch Neves
COORIENTADOR: Prof. Dr. Augusto Maciel da Silva

Estudo transversal realizado com o objetivo de analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Os participantes do estudo foram o pai ou a mãe, ou ambos, de recém-nascidos internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público da região central do Rio Grande do Sul. Para a coleta dos dados foram utilizadas a *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) traduzida e validada para a população brasileira e um instrumento de caracterização dos participantes. A análise dos dados foi realizada no programa R por meio da estatística descritiva e analítica, testando a associação entre o estresse e as variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos recém-nascidos. O estudo seguiu a Resolução 466/2012 e possui aprovação ética. Dos 204 participantes, identificou-se que estes eram do sexo feminino (62,3%), da faixa etária entre os 26 e os 35 anos (41,2%), viviam em união estável ou com companheiro(a) (67,2%), possuíam um filho (45,6%) e o ensino médio completo (27,9%). Eram provenientes da macrorregião centro-oeste (92,1%) do estado do Rio Grande do Sul. Pertenciam aos estratos socioeconômicos C2 (23,5%) e D-E (23,5%). A ocupação que obteve maior percentual foi do lar (28,6%). 13,7% dos pais possuíam experiência prévia com hospitalização de um filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A alteração no papel de mãe/pai foi a subescala em que se obteve o maior nível de estresse (média=3,49) e os itens considerados mais estressantes pelos pais nesta subescala foram “Estar separada(o) do meu bebê” (média=4,00) e “Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos” (média=3,78). O alfa de Cronbach obtido para a PSS: NICU foi de 0,92 na métrica 1 e 0,93 na métrica 2. As subescalas que compõem a PSS: NICU também apresentaram valores de alfa de Cronbach considerados confiáveis, entre 0,77 a 0,88. As variáveis sociodemográficas associadas a maiores níveis de estresse foram sexo feminino, não possuir experiência anterior com unidade neonatal, maior escolaridade e ter religião. Dentre as variáveis clínicas dos recém-nascidos, citam-se internação na unidade de alto risco, suporte respiratório, uso de dois dispositivos intravenosos, procedimento cirúrgico prévio, sedação e uso de sonda vesical. Concluiu-se que a hospitalização de um filho em unidade neonatal é uma experiência estressante para os pais e que existem fatores sociodemográficos e neonatais que contribuem para aumentar esse estresse. Dessa forma, faz-se necessária a reflexão dos profissionais destas unidades acerca das suas práticas bem como a reformulação destas, para que ocorra a integração da família nos cuidados e, assim, possa se minimizar o sofrimento dos pais.

Palavras-chave: Estresse Psicológico. Pais. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

ABSTRACT

PARENT STRESSORS OF A NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

AUTHOR: Jaquiele Jaciára Kegler
ADVISOR: Prof. Dr. Eliane Tatsch Neves
CO-ADVISOR: Prof. Dr. Augusto Maciel da Silva

A cross-sectional study realized with the objective of analyzing the factors associated with the stress of parents of neonates hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit. The study participants were the father or the mother, or both, of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit of a public hospital in the central region of Rio Grande do Sul. To collect the data, the Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) was translated and validated for the Brazilian population and an instrument for the characterization of the participants. Data analysis was performed in the R program through descriptive and analytical statistics, testing the association between stress and sociodemographic variables of parents and of birth and newborns' clinics. The study followed Resolution 466/2012 and has ethical approval. Of the 204 participants, it was found that they were female (62.3%), aged between 26 and 35 years (41.2%), lived in a stable union or with a partner (67.2%), had a son (45.6%) and had a high school education (27.9%). They came from the central-west macroregion (92.1%) in the state of Rio Grande do Sul. The socioeconomic strata were C2 (23.5%) and D-E (23.5%). The occupation that obtained the highest percentage was from the home (28.6%). 13.7% of the parents had previous experience with hospitalization of a child in the Neonatal Intensive Care Unit. The change in the role of mother/father was the subscale in which the highest level of stress was obtained (mean=3.49) and the items considered more stressful by the parents in this subscale were "Separated from my baby" (mean=4.00) and "Feeling helpless and unable to protect my baby from pain and painful procedures" (mean=3.78). The Cronbach alpha obtained for PSS: NICU was 0.92 in metric 1 and 0.93 in metric 2. The subscales that make up the PSS: NICU also presented values of Cronbach's alpha considered to be reliable, between 0.77 and 0.88. The sociodemographic variables associated with higher levels of stress were female, had no previous experience with neonatal unit, higher education and had religion. Among the clinical variables of newborns, hospitalization in the high-risk unit, respiratory support, use of two intravenous devices, previous surgical procedure, sedation and use of a bladder catheter are mentioned. It was concluded that the hospitalization of a child in a neonatal unit is a stressful experience for the parents and that there are sociodemographic and neonatal factors that contribute to increase this stress. Therefore, it is necessary professional's reflect about their practices as well as the reformulation of these, so that the integration of the family occurs in the care and, thus, can minimize the suffering of the parents.

Keywords: Stress, Psychological. Parents. Intensive Care Units, Neonatal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ocupações dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017	50
Figura 2 – Motivos de internação dos recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino, no período de janeiro a agosto de 2017	55
Figura 3 – Procedimentos cirúrgicos realizados pelos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação das variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos recém-nascidos, segundo o tipo e a escala de medida...39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)	47
Tabela 2 – Perfil de nascimento dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)	54
Tabela 3 – Perfil clínico dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)	56
Tabela 4 – Análise descritiva das respostas dos participantes aos itens da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017	65
Tabela 5 – Análise das médias das respostas dos pais aos itens da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017	67
Tabela 6 – Análise da confiabilidade das subescalas da PSS: NICU por meio do alfa de Cronbach, segundo a métrica 1 e 2. Santa Maria, RS, Brasil, 2017	68
Tabela 7 – Ocorrência de estresse segundo o perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204).....	73
Tabela 8 – Ocorrência de estresse em pais segundo o perfil de nascimento dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204).....	74
Tabela 9 – Ocorrência de estresse em pais segundo o perfil clínico dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204).....	75
Tabela 10 – Comparação de médias das variáveis sociodemográficas dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204).....	76
Tabela 11 – Comparação de médias das variáveis de nascimento dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204).....	78
Tabela 12 – Comparação de médias das variáveis clínicas dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204).....	79

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – MANUAL DO COLETADOR	102
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	109
APÊNDICE C – RELATO DE EXPERIÊNCIA INTITULADO “USO DA PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU): RELATO DE EXPERIÊNCIA”, APRESENTADO NO VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL	112
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO	115
APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS	116

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS – <i>PARENTAL STRESS</i> <i>SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU)</i>.....	118
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA <i>PARENTAL STRESS</i> <i>SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU)</i>.....	122
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA	123
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	124
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTO DE PARTICIPANTES DA PESQUISA PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABEP** – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
- CCF** – Cuidado Centrado na Família
- CCS** – Centro de Ciências da Saúde
- CEP** – Comitê de Ética em Pesquisa
- CPAP** – *Continuous Positive Airway Pressure*
- EBSERH** – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente
- GAP** – Gabinete de Projetos
- GEP** – Gerência de Ensino e Pesquisa
- GP-CRIANDO** – Grupo de Pesquisa Saúde do Neonato, Criança, Adolescente e Família
- GP-PEFAS** – Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
- HUSM** – Hospital Universitário de Santa Maria
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPFCC** – *Institute for Patient and Family Centered Care*
- NA** – Não se Aplica
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- PICC** – Cateter Central de Inserção Periférica
- PNAISC** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
- PSS: NICU** – *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*
- PSS: PICU** – *Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit*
- RN** – Recém-Nascido
- SBP** – Sociedade Brasileira de Pediatria
- SINASC** – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFSM** – Universidade Federal de Santa Maria
- UTIN** – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	17
1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	23
2.1	OBJETIVO GERAL	23
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	25
3.1	ESTRESSE DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	25
3.2	O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	28
4	MATERIAIS E MÉTODO	33
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	33
4.2	CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	33
4.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS	35
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	37
4.4.1	Análise da <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)</i>	37
4.4.2	Análise da consistência interna da <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)</i>	38
4.4.3	Análise das variáveis independentes	39
4.4.4	Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas dos pais, de nascimento e clínicas dos recém-nascidos e a <i>Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)</i>	44
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	44
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	47
5.1.1	Discussão	51
5.2	PERFIL DE NASCIMENTO E CLÍNICO DOS RECÉM-NASCIDOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	53
5.2.1	Discussão	58
5.3	ANÁLISE DESCRITIVA DA <i>PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU)</i>	63
5.3.1	Discussão	69
5.4	ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A <i>PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU)</i> E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PAIS E DE NASCIMENTO E CLÍNICAS DOS RECÉM-NASCIDOS	72
5.4.1	Discussão	83
6	CONCLUSÃO	87
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	101
	ANEXOS	117

APRESENTAÇÃO

Nesta seção encontram-se descritas experiências adquiridas ao longo da minha trajetória acadêmica, que me instigaram à realização da presente pesquisa.

Iniciei a Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em agosto de 2011. No final do primeiro semestre do curso, comecei a participar do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), no subgrupo¹ coordenado pela Profa. Dra. Eliane Tatsch Neves. No início do ano de 2012 fui bolsista de iniciação científica do projeto intitulado “Utilização do cateter central de inserção periférica em terapia intensiva neonatal de um hospital de ensino”, o qual foi o precursor do meu interesse para as pesquisas voltadas à saúde do recém-nascido (RN).

Motivada pelo contato com a saúde do RN nas atividades desenvolvidas como bolsista de iniciação científica e pelas aulas teórico-práticas no 6º semestre do curso, optei por desenvolver meu estágio curricular obrigatório na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) e, em virtude da experiência nesta unidade, desenvolvi meu Trabalho de Conclusão de Curso tendo por objeto de estudo o manejo da dor na inserção do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC) em neonatos.

Ao final do curso de graduação, no ano de 2015, ingressei em um curso de especialização em Enfermagem em UTI Pediátrica e Neonatal bem como comecei a me preparar para a seleção do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, que aconteceria naquele mesmo ano.

No decorrer do meu estágio curricular obrigatório e mediante leituras na área, percebi o quanto era estressante para os pais terem um filho hospitalizado em UTIN e, que muitas vezes, isso passava despercebido pelos profissionais de saúde, além de refletir negativamente sobre o desenvolvimento do vínculo entre pais e filhos. Assim, ao iniciar o curso de mestrado em 2016, intensifiquei minhas leituras acerca do estresse de pais frente a hospitalização do filho em UTIN, construindo o projeto de pesquisa com o objetivo de analisar os fatores associados ao estresse de pais de

¹ Desde o ano de 2017, esse subgrupo passou a ser denominado Grupo de Pesquisa Saúde do Neonato, Criança, Adolescente e Família (GP-CRIANDO).

recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, em que os resultados desta encontram-se descritos na presente dissertação de mestrado.

Nesse sentido, espera-se que este estudo possa contribuir com a construção do conhecimento científico em Enfermagem Neonatal, convergindo com a linha de pesquisa: “Políticas e práticas na saúde do neonato, criança, adolescente e suas famílias nos diferentes contextos de atenção à saúde”, vinculada ao GP-CRIANDO/UFSM bem como com a Agenda Nacional de Prioridade em Pesquisa. Somado ao fato de que pode contribuir para a qualificação da assistência prestada à família e ao RN no contexto da terapia intensiva neonatal, por meio da reflexão e mudança de postura dos profissionais, em prol da minimização dos efeitos deletérios do ambiente da UTIN no relacionamento de pais e filhos, convergindo com o primeiro eixo estratégico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) – “atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido”.

1 INTRODUÇÃO

Até a metade do século XIX, as taxas de mortalidade infantil e de prematuros eram altas, pois não existiam instituições voltadas para os cuidados infantis. Predominava a ideia da seleção natural, uma vez que era esperado que as crianças menos adaptadas à sobrevivência, como os prematuros e aquelas com malformações, evoluíssem ao óbito (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

As primeiras iniciativas de cuidados aos RNs tiveram início, no final do século XIX, com o obstetra francês Pierre Budin, que criou o primeiro ambulatório de puericultura. A criação das primeiras incubadoras pelo obstetra Tarnier constitui-se no marco dessa época. Na metade do século XX, a assistência neonatal recebeu um grande investimento econômico, sobretudo, na Europa e América do Norte. Nesse período, criaram-se espaços de permanência para os RNs de risco, com equipamentos e condutas especiais que, posteriormente, vieram a ser denominados de UTINs (BRAGA; SENA, 2013).

Os avanços técnico-científicos proporcionaram grandes mudanças na assistência neonatal, contribuindo para que RNs prematuros, até então considerados inviáveis, viessem a se tornar a principal clientela atendida nas UTINs (LIMA et al., 2015; MARTINS et al., 2013). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), prematuros ou pré-termos são considerados os RNs com idade gestacional inferior a 37 semanas (WHO, 2017). Estima-se que a cada ano nasçam no mundo cerca de 15 milhões de prematuros, ou seja, mais de um em cada 10 nascimentos (WHO, 2017). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2015, 10,8% dos nascimentos foram de RNs prematuros. Neste mesmo período, no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Santa Maria/RS, os nascimentos prematuros representaram, respectivamente, 11,4% e 15,2% do total de nascimentos (BRASIL, 2015).

Inicialmente, nas UTINs, restringia-se o contato entre pais e RN, visto que se acreditava que o contato aumentaria o risco de infecção. Somente, no final de 1970, que ocorreram mudanças nesta prática, passando a se valorizar a permanência dos pais nestas unidades, uma vez que se verificou que o contato entre pais e filhos era benéfico para ambos (HEALY; FALLON, 2014). A implementação do Estatuto da

Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei nº 8.069/1990, veio regulamentar a permanência de um dos pais ou responsável em período integral, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990). No que se refere especificamente ao RN em UTIN, tem-se a Portaria nº 930/2012. No artigo 11º desta portaria, encontra-se garantido o livre acesso dos pais e a permanência de um deles durante todo o tempo de internação do RN em unidade neonatal (BRASIL, 2012).

A família é considerada fundamental no cuidado de seus membros, em que o isolamento social constitui-se um fator de risco, especialmente, para os indivíduos mais dependentes, como as crianças e aqueles com doenças crônicas (PACHECO et al., 2013). No sentido mais amplo, família refere-se a todos os indivíduos considerados significativos pelos membros desta para a unidade nuclear, incluindo parentes, amigos e grupos sociais (HOCKENBERRY; WILSON, 2014) e, ainda, família é quem seus membros dizem que são (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Assim, por acreditar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente, destaca-se o Cuidado Centrado na Família (CCF), definido pelo *Institute for Patient and Family Centered Care* (IPFCC), como uma abordagem para o planejamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, que se baseia em parcerias mutuamente benéficas entre pacientes, famílias e profissionais (IPFCC, 2010). Em cuidados neonatais, de acordo com a filosofia do CCF, os profissionais devem, além de cuidar do RN, atender também as necessidades de cuidado de sua família, considerando-a como indissociável da vida do neonato (CORRÊA et al., 2015).

A hospitalização de um filho em UTIN tem sido descrita como uma experiência estressante para os pais e, quando associada à prematuridade, o nível de estresse tende a ser maior, possivelmente, em virtude da incerteza da sobrevivência, o aumento do risco de complicações e as preocupações relacionadas com os efeitos da prematuridade em longo prazo (SCHAPPIN et al., 2013). Para Selye, precursor dos estudos do estresse na área da saúde, o estresse é o estado manifestado por uma síndrome, que se caracteriza por um conjunto de reações que o organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exija dele um esforço para se adaptar (SELYE, 1959).

Na UTIN, o RN permanece em um ambiente estranho, rodeado de sons desconhecidos, luzes constantes e pessoas estranhas e, frequentemente, ele é

submetido a procedimentos invasivos. Além disso, a imagem do bebê real, pequeno e frágil, é diferente da imaginada pelos pais durante a gestação, em que idealizaram um filho grande e saudável (CARTAXO et al., 2014). Estes fatores podem inibir a promoção do vínculo entre pais e filho, além de levar ao surgimento de quadros depressivos, transtornos de ansiedade ou fobias, podendo acompanhar os pais até mesmo após a alta hospitalar (ABDEYAZDAN et al., 2014; ANJOS et al., 2012). Ainda, o estresse dos pais e os sintomas depressivos maternos mostraram-se fatores de risco para o desenvolvimento social, comportamental e funcional do pré-termo (HUHTALA et al., 2014).

Nesse sentido, destaca-se o importante papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem no que tange a superação dos diferentes estressores presentes na UTIN. Visto que conhecidos os aspectos emocionais e sociais vivenciados pelos pais, os profissionais podem desenvolver ações, tais como o método mãe canguru, aleitamento materno, incentivo à participação dos pais nos cuidados de rotina do filho, favorecendo, desta forma, o desenvolvimento do papel de pai/mãe e o fortalecimento do vínculo entre pais e filho (CARTAXO et al., 2014; FRELLO; CARRARO, 2012).

No intuito de identificar os fatores que contribuem para o estresse dos pais em UTIN e poder ajudá-los no enfrentamento destas situações e, assim, promover a consolidação do vínculo entre pais e filho, Souza (2009) traduziu, adaptou e validou a *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) para a população brasileira, tendo por base a versão original, na língua inglesa, desenvolvida por Miles, Funk e Carlson (1993), que tem por objetivo avaliar o estresse vivenciado por pais de RNs em UTIN.

Desta forma, considerando as repercussões negativas da hospitalização de um filho em UTIN sobre o estabelecimento do vínculo, na saúde física e mental dos pais e no desenvolvimento posterior do RN, justifica-se a realização deste estudo, a fim de identificar os estressores de pais presentes em UTIN, para que assim, posteriormente, possam ser implementadas estratégias pelos profissionais de saúde para minimizá-los. Destaca-se também a incipiência² de estudos no cenário

² Estudo de revisão bibliométrica realizado na base de dados PubMed em agosto de 2016, utilizando a estratégia de busca “stress psychological” OR “parental stress” OR “PSS:NICU” AND parent* OR mother* OR father* AND “intensive care units neonatal” OR “NICU” OR “neonatal intensive care”, encontrou 289 produções, em que somente um (1) estudo foi desenvolvido no Brasil.

brasileiro que utilizam a PSS: NICU como instrumento para a identificação destes estressores.

Para tanto, elegeram-se como **objeto de estudo**: os fatores associados ao estresse de pais frente à hospitalização do filho em UTIN. E como **questão de pesquisa**: existe associação entre fatores neonatais e sociodemográficos e o estresse de pais de RNs internados em UTIN?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil de nascimento e clínico destes recém-nascidos;
- Descrever o perfil sociodemográfico dos pais destes recém-nascidos;
- Identificar o nível de estresse destes pais;
- Analisar as relações entre o perfil de nascimento e clínico dos recém-nascidos, o perfil sociodemográfico e os níveis de estresse dos pais.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Essa seção propõe-se a apresentar os aspectos da literatura que norteiam essa dissertação de mestrado. Está organizada conforme os itens: Estresse dos pais na hospitalização do filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; e O Cuidado Centrado na Família no contexto da terapia intensiva neonatal.

3.1 ESTRESSE DOS PAIS NA HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

O nascimento de uma criança é um momento de satisfação e de concretização de expectativas, sonhos e ansiedades para os pais e para o restante da família. Entretanto, quando o filho idealizado nasce prematuramente e/ou com uma condição de saúde inesperada, que coloque em risco a sua sobrevivência, isso leva a uma profunda frustração das expectativas parentais (ROCHA et al., 2011). Dessa forma, na vida de uma família, o nascimento de um filho prematuro com consequente hospitalização em UTIN constitui-se em um evento inesperado, que induz a ansiedade e ao estresse (CARTAXO et al., 2014).

Durante a gravidez, os pais pensam como será o cotidiano depois do nascimento do filho, organizam o ambiente para a sua chegada, preparam o enxoval, imaginam como este será, se as características físicas e comportamentais serão herdadas da mãe ou do pai (SOARES et al., 2015). Quando o RN nasce prematuro, a alegria pelo seu nascimento, possivelmente, dará lugar ao desapontamento, incapacidade, culpa e medo da perda (FONTOURA et al., 2011).

Na UTIN existem muitos aspectos que podem vir a desencadear estresse nos pais, como a aparência pequena e frágil do filho, o ambiente ruidoso, o RN cercado de dispositivos e equipamentos (VERONEZ et al., 2017). Santos et al. (2017), identificou que os procedimentos dolorosos frequentes no RN geram grande estresse e sofrimento nas mães, apesar destas reconhecerem que são necessários para garantir a saúde do filho.

Entretanto, a alteração do papel de mãe/pai parece ser o principal causador de estresse em pais de UTINs (FERNANDES et al., 2015; BUSSE et al., 2013), o que se refere à separação e a impotência sentida por estes em relação ao problema

do filho. A necessidade de delegar tarefas aos profissionais da UTIN desperta um sentimento de incapacidade em cuidar e proteger o filho (ROCHA et al., 2011). Segundo Soares et al. (2015), a parentalidade refere-se ao processo de vir a ser pai/mãe, que envolve o desenvolvimento de sentimentos, condutas e atribuições. A sua prática ocorre quando os pais realizam os cuidados requeridos pelo filho.

A impossibilidade de abraçar, beijar e acariciar o filho no colo, faz com que a mãe sinta uma perda de sua função e, assim, apresente dificuldade em reconhecer-se como mãe e, muitas vezes, de reconhecer o próprio filho, impactando na forma como relaciona-se com ele, com implicações negativas no desenvolvimento posterior da criança (CARTAXO et al., 2014).

No intuito de ter uma medida fácil e objetiva para identificar os estressores presentes em UTINs, a enfermeira Margaret Miles desenvolveu a PSS: NICU. Essa escala foi adaptada da *Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit* (PSS: PICU), desenvolvida por Carter e Miles, em 1982, para avaliar os estressores presentes em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. A versão prévia da PSS: NICU de 1987 possuía 46 itens, distribuídos em quatro subescalas, relacionadas ao ambiente físico da UTIN, a aparência e ao comportamento do bebê, as mudanças no papel de mãe e pai e a relação do pais com a equipe da unidade (MILES; FUNK; CARLSON, 1993).

No processo de validação da PSS: NICU participaram 190 pais de RNs internados em três UTINs dos Estados Unidos e duas do Canadá. A partir da validação, as subescalas sofreram modificações, sendo que a da relação dos pais com a equipe foi retirada por completo, em virtude de um grande número de pais não terem relatado estresse nesta subescala. A versão validada em 1993 é constituída por 26 itens, distribuídos em três subescalas, que são: sons e imagens, aparência e o comportamento do bebê e alteração do papel de mãe/pai (MILES; FUNK; CARLSON, 1993).

Em 2009, a enfermeira Sandra Regina de Souza, na sua pesquisa de Mestrado em Ciências da Universidade Federal de São Paulo, traduziu, adaptou e validou a PSS: NICU para a população brasileira. Para isso, primeiramente, foi realizada a adaptação cultural da escala, que envolveu a tradução desta para a língua portuguesa e a sua retrotradução do português para o inglês. A versão na língua portuguesa foi submetida a um comitê de revisores, que era constituído por

profissionais da área de neonatologia, que avaliaram as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre a PSS: NICU traduzida e a original. Ainda na fase de adaptação cultural, um pré-teste foi realizado com 20 pais de RNs hospitalizados em uma UTIN, a fim de verificar se as questões estavam sendo bem compreendidas (SOUZA, 2009).

Para análise da confiabilidade foi realizado o teste e reteste, em que a escala foi aplicada a 33 pais e após 24 horas foi novamente aplicada a estes. Obteve-se coeficientes de correlação intraclasse em torno de 0,70, o que indica uma boa estabilidade entre as duas avaliações (SOUZA, 2009).

Já na fase de validação clínica, participaram 163 pais de RNs internados em duas UTINs do estado de São Paulo, em que 121 eram mães e 42 pais. Os níveis de estresse encontrados para a métrica 1 foram: pouco estressante (média=2,3) na subescala sons e imagens; moderadamente estressante (média=2,9) na subescala aparência e o comportamento do bebê; e muito estressante (média=3,7) na subescala alteração no papel de mãe/pai (SOUZA, 2009).

Na análise da consistência interna da PSS: NICU, todos os valores do alfa de Cronbach foram acima de 0,70, mostrando uma boa consistência interna. Na validação do construto, o grau de variância obtido foi de 57,9%, considerado adequado. Dessa forma, a versão da PSS: NICU na língua portuguesa foi considerada um instrumento confiável e válido para ser utilizado com pais de UTINs brasileiras (SOUZA, 2009).

Destaca-se que no estudo de Souza (2009), foi adotada a definição de estresse de Selye (1959), que o define como um estado manifestado por uma síndrome, caracterizada por um conjunto de reações desenvolvidas pelo organismo ao ser submetido a uma situação que exija dele um esforço para se adaptar.

Segundo Selye (1959), a reação de estresse apresenta três fases: a fase de alarme, caracterizada por manifestações agudas; a fase de resistência, quando as manifestações agudas desaparecem; e a fase de exaustão, quando as reações da primeira fase voltam a aparecer e pode haver o colapso do organismo. O estresse pode ser encontrado em qualquer uma das fases, apesar de suas manifestações serem diferentes ao longo do tempo. Além disso, não é necessário que as três fases se desenvolvam para haver o registro da síndrome, uma vez que apenas o estresse mais grave leva à fase de exaustão e à morte.

Fernandes et al. (2015), que utilizou a versão brasileira da PSS: NICU para identificação de estresse em mães de uma UTIN do estado do Paraná, encontrou um nível de estresse geral de 3,6. Na avaliação das subescalas, sons e imagens apresentou uma média de 2,8, considerada moderadamente estressante, aparência e o comportamento do bebê obteve uma média de 3,6, e alteração do papel de pais uma média de 4,3, ambas consideradas muito estressantes.

Além das versões da PSS: NICU de Miles, Funk e Carlson (1993) e de Souza (2009), já existe uma versão italiana (MONTIROSSO et al., 2012), sueca (MÅNSSON; JAKOBSSON; LUNDQVIST, 2016), japonesa (ICHIJIMA; KIRK; HORNBLow, 2011) e na língua malaia (LIM; JAYAH; SOON, 2017).

A partir do exposto, evidencia-se que a internação de um RN em UTIN traz inúmeras experiências negativas para a família. Assim, os profissionais destas unidades precisam utilizar estratégias singulares para o seu cuidado.

3.2 O CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA NO CONTEXTO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Em meados do século XX, quando as crianças eram hospitalizadas, os pais não podiam visitar os seus filhos ou quando lhes era permitido, não ultrapassava o período de meia-hora por semana. Essa prática foi ainda mais intensa no período da Segunda Guerra Mundial, em virtude do medo de disseminação de infecções pelos pais, que poderia levar ao fechamento dos hospitais. Foi a partir do trabalho de Bowlby e Robertson, pesquisadores britânicos, que ocorreram mudanças no cuidado das crianças hospitalizadas, uma vez que estes demonstraram as devastadoras consequências da separação de pais e filhos (JOLLEY; SHIELDS, 2009).

Os pais também desempenharam um importante papel no desenvolvimento do CCF. Na década de 60, estes lideraram importantes movimentos, a fim de transformar o cuidado prestado às crianças hospitalizadas. Corroborando com esses movimentos, tem-se também o desenvolvimento de legislações e programas, grande maioria voltada a crianças com necessidades especiais, os esforços de pesquisadores e profissionais das áreas de saúde, educação e serviços sociais, que garantiram que os avanços, até então alcançados acerca do CCF, não fossem perdidos (JOHNSON, 2000).

É a partir também da mobilização de um grupo de pais e profissionais da saúde, líderes no movimento para o CCF, que foi fundado o Instituto para Cuidados Centrados na Família em 1992. Trata-se de uma organização, sem fins lucrativos, com o intuito de contribuir para a compreensão e a prática do CCF nos diferentes contextos de saúde (JOHNSON, 2000).

No contexto neonatal, os princípios do CCF foram introduzidos por Helen Harrison em 1993, por meio da publicação "*Principles for Family-Centered Care*", organizada a partir de uma reunião envolvendo neonatologistas e pais que possuíam experiência prévia com UTIN. Nessa publicação, constavam descritos os 10 princípios que deveriam orientar a prática de cuidados em UTINs (JOHNSON, 2000).

Segundo o IPFCC (2010), o CCF é definido como uma abordagem para o planejamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde, baseada em parcerias mutuamente benéficas entre pacientes, famílias e profissionais. Este apresenta quatro conceitos básicos, que são dignidade e respeito, informação compartilhada, colaboração e participação.

Entretanto, apesar dos benefícios crescentes do CCF, este ainda parece não ser uma realidade na maioria das UTINs. Estudos revelam que a família na UTIN se percebe como uma mera visita, as suas necessidades não são atendidas e não lhe é dado a oportunidade de participar dos cuidados e das tomadas de decisões relacionados ao filho, durante a sua hospitalização na unidade (BALBINO et al., 2016; FINLAYSON et al., 2014).

Para a efetivação do CCF, com o intuito de reduzir o estresse de pais, melhorar a interação pais-filho e desenvolver o papel parental, podem ser implementadas ações que já vêm sendo recomendadas pela literatura e utilizadas em diversas UTINs.

Em estudo que investigou os efeitos de um programa de educação em saúde sobre os níveis de estresse de pais de RNs pré-termos internados em UTIN, verificou-se que os pais que participaram do programa apresentaram menor nível de estresse quando comparados àqueles pais que não tinham participado. O conteúdo do programa incluía informações relacionadas à UTIN e seus equipamentos, aos funcionários que trabalham na unidade, a aparência de um RN prematuro e as situações relacionadas ao cuidado do neonato, tais como utilização de dispositivos intravenosos, sondas para alimentação, transfusões sanguíneas. Além disso, os pais

eram estimulados a falar sobre suas experiências e sentimentos, compartilhando-os com os outros pais (TURAN; BASBAKKAL; ÖZBEK, 2008).

Corroborando com Lee et al. (2013), ao citarem que a utilização de um folheto com informações sobre o RN prematuro, complementado por orientações de enfermagem, foi eficaz para reduzir os níveis de estresse e aumentar as habilidades de pais de uma UTIN de Taiwan. Esse folheto incluía tópicos referentes aos equipamentos utilizados pelo RN, cuidados de desenvolvimento na UTIN, aleitamento materno, aparência e comportamento do RN, participação nos cuidados e técnicas de relaxamento para os pais.

O método canguru também tem sido descrito como uma estratégia para redução do estresse materno, como evidenciado no estudo de Holditch-Davis et al. (2014), realizado em UTINs dos Estados Unidos. Este apresenta também outros benefícios, como: aumento do vínculo, estabilidade térmica, aumento da manutenção do aleitamento materno, redução do tempo de internação, diminuição do estresse e dor do RN, além de que os pais se sentem mais competentes para cuidar do filho após a participação no método (BRASIL, 2011).

Além destas podem ser implementadas outras ações que podem contribuir para reduzir o sofrimento de pais em UTINs, como o fornecimento de informações, liberação da entrada de pessoas significativas, apoio psicossocial, participação nos cuidados e nas tomadas de decisão, grupos de apoio, incentivo ao toque, contato visual e conversação com o RN, colocação de panos com cheiro da mãe dentro da incubadora. Além de suporte físico e capacitação dos profissionais destas unidades (BALBINO; BALIEIRO; MANDETTA, 2016; O'BRIEN et al., 2013; WELCH et al., 2016).

Destaca-se também que os profissionais de saúde por meio das explicações, do acolhimento e do apoio aos pais na hospitalização do filho, influenciam, significativamente, para o alívio da ansiedade e na promoção de sentimentos, como esperança e otimismo. A família valoriza a comunicação e as relações interpessoais com os profissionais tanto quanto o aparato tecnológico empregado no cuidado do filho (ANJOS et al., 2012). A comunicação é descrita como um ponto chave no estabelecimento de uma relação de confiança entre mãe e profissional de enfermagem, em que o fornecimento de informações precisas quanto ao diagnóstico, tratamento, condutas e rotinas hospitalares diminuem as tensões e a

ansiedade com relação a hospitalização do filho em UTIN (FRELLO; CARRARO, 2012).

Dessa forma, independente da estratégia, a assistência ao RN deve incluir o atendimento das necessidades da família, os profissionais da UTIN precisam estabelecer formas de comunicação e interação com os pais, promovendo a participação deles no cuidado, orientando e incentivando a tocar em seus filhos, sendo essa uma atribuição de toda a equipe envolvida no cuidado ao neonato e, não somente do enfermeiro (SILVA et al., 2013).

4 MATERIAIS E MÉTODO

Nesta seção encontram-se descritos os procedimentos metodológicos desenvolvidos a fim de responder os objetivos do presente estudo.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, que tem como característica avaliar causa e efeito simultaneamente, em um recorte único de tempo, não existindo um período de acompanhamento dos indivíduos (PEREIRA, 2012).

Medronho et al. (2009) descrevem que os estudos transversais são apropriados para identificar as características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, sendo utilizados para o planejamento de ações de saúde, diagnósticos e avaliação de serviços.

Para tanto, no presente estudo, optou-se pelo delineamento transversal, uma vez que este permite fazer comparações e analisar os fatores associados ao estresse de pais de RNs da UTIN.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO E POPULAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em uma UTIN de um hospital público de médio porte e alta complexidade. O hospital foi fundado em 1970 e presta atendimento 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo assim referência em saúde para a região central do Rio Grande do Sul. Encontra-se vinculado a uma universidade federal, atuando como hospital-escola, com a atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência em saúde. Desde 2013, a administração deste é realizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O hospital dispõe de 403 leitos, distribuídos em 354 leitos de internação e 49 de tratamento intensivo. Além disso, possui 58 salas de ambulatório, 10 salas para atendimento de emergência, 07 salas no centro cirúrgico e 02 salas no centro obstétrico (HUSM, 2016).

A UTIN oferece 21 leitos, distribuídos em alto risco (10 leitos), risco intermediário (8 leitos) e unidade canguru (3 leitos). Além disso, dentre os leitos de

alto risco, destaca-se que três destes estão destinados a RNs externos e/ou que necessitem de isolamento, existindo sala específica para esta população. A equipe é constituída por nove médicos, cinco fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas, uma assistente social, uma psicóloga, 25 enfermeiros, 37 técnicos de enfermagem, cinco auxiliares de enfermagem e, ainda, conta com residentes multiprofissionais (HUSM, 2016).

Os participantes do estudo foram o pai ou a mãe, ou ambos, de RNs internados na UTIN. Estabeleceu-se como critérios de inclusão: o(a) pai/mãe deveria ter visitado o filho pelo menos três vezes antes da coleta dos dados e o RN deveria estar internado pelo menos cinco dias na UTIN. Apesar de no estudo de Souza (2009) ter-se utilizado como critério de inclusão – ter visitado seu filho pelo menos uma vez antes da entrevista, os pesquisadores da presente pesquisa acreditam que na primeira visita ao filho, o(a) pai/mãe não consegue observar o ambiente da UTIN e os possíveis equipamentos utilizados pelo RN, o que dificulta ou até mesmo impossibilita o preenchimento da PSS: NICU, principalmente, no que tange a subescala “Sons e Imagens”. No que se refere ao período mínimo de cinco dias de internação, destaca-se que este período foi estabelecido a fim de minimizar um possível viés, uma vez que nos primeiros dias de vida, em geral, os RNs apresentam grande instabilidade clínica, o que poderia aumentar o nível de estresse dos pais.

Utilizou-se como critério de exclusão: o(a) pai/mãe de RNs que internaram diretamente na unidade canguru. Acredita-se que pela menor densidade tecnológica da unidade canguru e permanência da mãe em tempo integral, a inclusão dos pais de RNs que internam diretamente nesta unidade poderia gerar um viés, em virtude da experiência reduzida destes pais com os itens da PSS: NICU, que são melhor observados nas demais unidades da UTIN.

A partir de levantamento realizado no Departamento de Estatística do hospital cenário sobre o número de internações na UTIN, nos meses de janeiro a julho de 2015, obteve-se uma média de 29 ($\pm 3,55$) internações mensais (HUSM, 2015). Desta forma, em virtude do número reduzido de prováveis participantes, optou-se por convidar todos(as) os(as) pais/mães que se encontraram na UTIN no período de coleta dos dados, atendidos os critérios de inclusão e exclusão. Assim, participaram 204 pais/mães.

4.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados de 16 de janeiro a 14 de agosto de 2017 pela pesquisadora mestranda, auxiliada por uma acadêmica de enfermagem devidamente capacitada, que atuava como bolsista de iniciação científica do referido projeto.

A capacitação da acadêmica foi realizada pela pesquisadora mestranda e envolveu a leitura do projeto de pesquisa, acompanhamento de alguns dias de coleta dos dados e realização das primeiras coletas com acompanhamento e orientação da mestranda. As orientações versavam sobre como identificar e abordar os participantes, postura, sigilo e procedimentos a serem adotados na coleta dos dados. Além disso, foi elaborado o manual do coletador (APÊNDICE A) com o intuito de evitar divergências entre as coletas realizadas pela mestranda e acadêmica.

Para a coleta dos dados foram utilizados a PSS: NICU traduzida e validada para a população brasileira³ (ANEXO A) e um instrumento de caracterização dos participantes (APÊNDICE B), que se encontra dividido em dois blocos: Bloco A – Perfil sociodemográfico do pai/mãe e Bloco B – Perfil clínico do recém-nascido.

- Bloco A – Perfil sociodemográfico do pai/mãe: composto pelas variáveis data de nascimento, sexo, situação conjugal, número de filhos, já teve outro filho internado na UTIN, qual o tempo de internação deste outro filho, situação atual deste outro filho (vivo/óbito), raça/cor da pele, escolaridade, ocupação, religião e local de residência. Para caracterização da renda e condições de saneamento básico e moradia foi utilizado o questionário sugerido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).
- Bloco B – Perfil clínico do recém-nascido: constituído pelas variáveis data de nascimento, unidade de internação (alto risco/cuidados intermediários/isolamento/canguru), dias de internação, sexo, idade gestacional, peso ao nascer, parto, gravidez gemelar, intercorrências ao nascer⁴ (sim/não e qual), apgar do 1º e 5º minuto, motivo da internação,

³ A utilização da PSS: NICU originou um relato de experiência, intitulado “Uso da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU): relato de experiência”, apresentado no VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Pediátrica e Neonatal (Apêndice C).

⁴ Para a análise dos dados, a variável intercorrências ao nascer foi dividida em necessidade de reanimação neonatal e outras intercorrências.

terapêuticas respiratória, intravenosa e nutricional, uso de fototerapia, malformação congênita, procedimento cirúrgico prévio (sim/não e qual), uso de sedação, dreno (sim/não e qual), coberturas especiais (sim/não e qual) e uso de sonda vesical.

A PSS: NICU é composta por 26 itens, distribuídos em três subescalas, que medem o estresse dos pais relacionado com Sons e Imagens – presença de monitores e equipamentos, outros bebês doentes, barulho do alarme dos monitores, grande número de funcionários –, Aparência e o Comportamento do Bebê – tubos e equipamentos no bebê ou perto dele, tamanho pequeno, aparência flácida e frágil, respiração incomum ou anormal – e Alteração no Papel de Mãe/Pai – estar separada(o) do filho, incapaz de alimentar e cuidar do filho, não poder segurar o filho quando quer. Os pais indicam em uma escala do tipo *Likert*, que apresenta pontuação entre 1 e 5, o quanto estressante foi a experiência descrita em cada item. Sendo que a pontuação “1” refere-se a não estressante, “2” a pouco estressante, “3” a moderadamente estressante, “4” a muito estressante e “5” a extremamente estressante. Além disso, caso os pais não tenham passado pela situação descrita em determinado item da subescala, há a possibilidade de escolherem a resposta “NA” de “não se aplica” (SOUZA, 2009).

A busca por participantes era realizada todos os dias, exceto quando se verificava que, possivelmente, não haveria nenhum pai/mãe que atendia aos critérios de inclusão no dia seguinte. Quando o participante atendia aos critérios de inclusão e exclusão, este era convidado a participar do estudo enquanto encontrava-se na sala de espera, mediante o aceite e após assinado o termo de assentimento e/ou o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os dados eram coletados de forma individual, em salas disponibilizadas pela UTIN, garantindo-se a privacidade dos participantes. Em um primeiro momento, por meio de entrevista com o(a) pai/mãe era preenchido o Bloco A do instrumento de caracterização, que se referia ao perfil sociodemográfico do pai/mãe. Em seguida, era entregue a PSS: NICU ao pai/mãe para que fosse preenchida por ele(a). A pesquisadora permaneceu junto para o esclarecimento de dúvidas, mas em geral, o preenchimento foi feito sem questionamentos, em um tempo médio de dez minutos. Destaca-se que a PSS: NICU foi aplicada na forma de entrevista aos pais não alfabetizados e aos que possuíam algum tipo de limitação visual.

Por fim, o Bloco B referente à caracterização do filho do participante, foi preenchido pela pesquisadora, mediante os dados encontrados nos prontuários médico e de enfermagem bem como das informações obtidas com o profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem), responsável pelo RN no turno da coleta dos dados. As variáveis terapêutica respiratória, intravenosa e nutricional, uso de fototerapia, sedação, dreno, coberturas especiais e sonda vesical, deveriam ser coletadas logo após realizada a coleta dos dados com o(a) pai/mãe e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem.

No caso de gravidez gemelar, o(a) pai/mãe era questionado(a) sobre qual filho deveriam ser coletadas as informações para preenchimento do Bloco B. Destaca-se que quando ambos participaram, este bloco era preenchido com as informações de um gemelar para o pai e do outro para a mãe.

Encaminhou-se a autora Souza (2009) um pedido de autorização para utilização da versão brasileira da PSS: NICU no presente estudo, obtendo-se a permissão, que se encontra no Anexo B. No que tange as variáveis sociodemográficas dos pais e clínicas do RN, estas foram elaboradas a partir de dados encontrados na literatura científica.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados e organizados no programa *Epi-info*® (versão 7.2.1), com dupla digitação independente. Verificados os erros e as inconsistências na digitação, os dados foram analisados no programa estatístico *R* (versão 3.4.2).

4.4.1 Análise da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)*

As respostas da PSS: NICU podem ser medidas de três maneiras: métrica 1, métrica 2 e métrica 3, sendo que para o cálculo dessas métricas é utilizada a média dos escores alcançados nas respostas dos pais.

- Métrica 1 ou do Nível de Ocorrência de Estresse – avalia o nível de estresse experimentado em relação as situações citadas nos itens, ou seja, serve para entender o nível de estresse que cada aspecto da UTIN produz nos(as)

pais/mães. Neste caso, somente aqueles que relataram ter passado pela experiência recebem uma pontuação no item; os que referiram não ter experienciado são codificados como ausentes, recebendo nota zero. O denominador para obtenção da média para cada subescala é o número de itens experienciados pelos(as) pais/mães, ou seja, é dividido pelo número de itens aos quais o participante marcou uma pontuação entre 1 e 5 (SOUZA, 2009).

- Métrica 2 ou do Nível Geral de Estresse – descreve o nível geral de estresse gerado pelo ambiente da UTIN. Neste caso, os(as) pais/mães que não relataram ter experiência em um dos itens, recebem nota 1, indicando que não houve estresse na situação. O denominador para obtenção da média para cada subescala é o número de itens desta (SOUZA, 2009).
- Métrica 3 ou do Número Total de Experiências – refere-se a soma do número de itens experimentados pelos(as) pais/mães em cada uma das três subescalas, indicando, desta forma, o número total de experiências na escala pelo qual o(a) pai/mãe passou (SOUZA, 2009).

Neste estudo, optou-se por utilizar o escore de estresse obtido a partir do cálculo da Métrica 1 para a análise dos dados, uma vez que o intuito é verificar o nível de estresse dos pais em que cada uma das situações descritas nos itens das subescalas da PSS: NICU.

A análise descritiva da PSS: NICU foi realizada pelos itens das subescalas, por meio da média e das frequências absoluta (N) e relativa (%).

4.4.2 Análise da consistência interna da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU)

A análise da confiabilidade da PSS: NICU foi realizada por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, utilizando os escores de estresse obtidos a partir do cálculo das métricas 1 e 2. O coeficiente Alfa de Cronbach é a medida mais utilizada para confirmar a confiabilidade de um instrumento. Seus valores variam de 0 a 1. De acordo com Field (2009), valores acima de 0,70 são considerados indicativos de consistência interna.

4.4.3 Análise das variáveis independentes

Inicialmente, as variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos RNs foram classificadas segundo o tipo e a escala de medida, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Classificação das variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos recém-nascidos, segundo o tipo e a escala de medida

(continua)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PAIS		
Nome da variável	Tipo	Escala de medida
Idade	Quantitativa/Qualitativa	Discreta/Ordinal
Sexo	Qualitativa	Nominal
Situação conjugal	Qualitativa	Nominal
Número de filhos	Qualitativa	Nominal
Já teve outro filho internado em UTIN	Qualitativa	Nominal
Qual o tempo de internação deste outro filho	Quantitativa/Qualitativa	Discreta/Ordinal
Qual a situação atual deste outro filho	Qualitativa	Nominal
Raça/Cor da pele	Qualitativa	Nominal
Escolaridade	Qualitativa	Ordinal
Ocupação	Qualitativa	Nominal
Religião	Qualitativa	Nominal
Local de residência	Qualitativa	Nominal
Água utilizada no domicílio	Qualitativa	Nominal
Rua do domicílio	Qualitativa	Nominal
Grau de instrução do chefe da família	Qualitativa	Nominal
Renda	Quantitativa/Qualitativa	Contínua/Ordinal
VARIÁVEIS DE NASCIMENTO DOS RECÉM-NASCIDOS		
Idade gestacional	Qualitativa	Nominal
Peso ao nascer	Qualitativa	Nominal
Parto	Qualitativa	Nominal
Gravidez gemelar	Qualitativa	Nominal
Necessidade de reanimação neonatal	Qualitativa	Nominal
Manobras de reanimação	Qualitativa	Nominal
Outras intercorrências	Qualitativa	Nominal
Quais outras intercorrências	Qualitativa	Nominal
Apgar do 1º e 5º minuto	Qualitativa	Ordinal
Malformação congênita	Qualitativa	Nominal
VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS RECÉM-NASCIDOS		
Dias de vida	Quantitativa/Qualitativa	Discreta/Ordinal
Unidade de internação	Qualitativa	Nominal

Quadro 1 – Classificação das variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos recém-nascidos, segundo o tipo e a escala de medida

(conclusão)

VARIÁVEIS CLÍNICAS DOS RECÉM-NASCIDOS		
Nome da variável	Tipo	Escala de medida
Dias de internação	Quantitativa/Qualitativa	Discreta/Ordinal
Sexo	Qualitativa	Nominal
Motivo da internação	Qualitativa	Nominal
Terapêutica respiratória	Qualitativa	Nominal
Terapêutica intravenosa	Qualitativa	Nominal
Terapêutica nutricional	Qualitativa	Nominal
Uso de fototerapia	Qualitativa	Nominal
Procedimento cirúrgico prévio	Qualitativa	Nominal
Tipo de procedimento cirúrgico prévio	Qualitativa	Nominal
Sedação	Qualitativa	Nominal
Dreno	Qualitativa	Nominal
Tipo de dreno	Qualitativa	Nominal
Coberturas especiais	Qualitativa	Nominal
Tipo de cobertura especial	Qualitativa	Nominal
Sonda vesical	Qualitativa	Nominal

Fonte: Dados da pesquisa.

A seguir, encontra-se detalhado como as variáveis acima foram operacionalizadas para as análises:

- Variáveis sociodemográficas dos pais:
 - Idade: Inicialmente, foi avaliada em anos completos (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo). Posteriormente, foi categorizada em faixas etárias: ≤ 18 anos, 19-25 anos, 26-35 anos, > 35 anos;
 - Sexo: foi analisada como feminino e masculino;
 - Situação conjugal: foi agrupada, inicialmente, em casado(a), união estável/vive com companheiro(a), solteiro(a) e separado(a)/divorciado(a) e, posteriormente, em com companheiro(a) e sem companheiro(a);
 - Número de filhos: Inicialmente, categorizada em um filho, dois filhos, três filhos e quatro ou mais filhos. E ainda, foi avaliada como primeiro filho em sim ou não;
 - Já teve outro filho internado em UTIN: dicotomizada em sim e não;

- Qual o tempo de internação deste outro filho: Primeiramente, avaliada como variável discreta e, após, em categorias: ≤ 15 dias, 16-30 dias, > 30 dias;
- Qual a situação atual deste outro filho: avaliada como vivo e óbito;
- Raça/Cor da pele: classificada de acordo com o Censo Brasileiro, que utiliza branca, preta, parda, amarela e indígena;
- Escolaridade: Primeiramente, estratificada em fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto e superior completo e, posteriormente, em fundamental incompleto, fundamental completo/médio incompleto, médio completo/superior incompleto e superior completo;
- Ocupação: foi categorizada a partir de uma adaptação da Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2010) em: Trabalhadores em serviços de reparação e manutenção; Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; Trabalhadores de serviços administrativos; Técnicos de nível médio; Profissionais das ciências e das artes; Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares; Trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca; Funcionário(a) público(a); Autônomo(a); Estudante; e Do lar;
- Religião: Primeiramente, foi classificada em: católica, evangélica, espírita, testemunhas de jeová, odinista, umbandista, católica e espírita, sem religião. Posteriormente, em sim e não;
- Local de residência: Inicialmente, categorizada pelas macrorregionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul⁵: Centro-oeste, Norte, Missioneira e Vales. Posteriormente, foi avaliada se a procedência era da cidade cenário do estudo (sim/não);
- Água utilizada no domicílio: categorizada conforme o questionário utilizado da ABEP: rede geral de distribuição; poço ou nascente;
- Rua do domicílio: avaliada segundo o questionário da ABEP como asfaltada/pavimentada e terra/cascalho;

⁵ O Rio Grande do Sul está dividido em sete macrorregionais de saúde: Centro-oeste; Sul; Vales; Metropolitana; Serra; Norte; e Missioneira.

- Grau de instrução do chefe da família⁶: estratificado de acordo com o utilizado no questionário da ABEP: analfabeto/fundamental I incompleto; fundamental I completo/fundamental II incompleto; fundamental completo/médio incompleto; médio completo/superior incompleto; e superior completo;
 - Renda: Primeiramente, analisada como variável contínua e, posteriormente, categorizada de acordo com os estratos sócio econômicos da ABEP em A, B1, B2, C1, C2 e D-E⁷.
- Variáveis de nascimento dos recém-nascidos:
- Idade gestacional: classificada de acordo com o proposto pela OMS (WHO, 2017)⁸ em prematuro e a termo. E ainda, os prematuros foram subclassificados em extremo, muito prematuro e moderado a tardio;
 - Peso ao nascer: foi categorizada em < 2.500 g e ≥ 2.500 g;
 - Parto: avaliada como vaginal e cesárea;
 - Gravidez gemelar: dicotomizada em sim e não;
 - Necessidade de reanimação neonatal: Primeiramente, foi analisada como sim, não e sem informação. E após, dicotomizada em sim e não;
 - Manobras de reanimação: classificada em oxigênio, intubação, e massagem cardíaca e medicações;
 - Outras intercorrências: avaliada como sim, não e sem informação;
 - Quais outras intercorrências: agrupada em tocotraumatismo;
 - Apgar do 1º e 5º minuto: estratificados em ≤ 3 , 4-7 e > 7 ;
 - Malformação congênita: analisada como sim ou não.
- Variáveis clínicas dos recém-nascidos:
- Dias de vida: Inicialmente, analisada como variável discreta e, após, agrupada em ≤ 10 dias, 11-20 dias, 21-30 dias e > 30 dias;
 - Unidade de internação: classificada em alto risco, cuidados intermediários, isolamento e canguru;

⁶ Chefe da família é considerada a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

⁷ Os estratos A, B1, B2, C1, C2 e D-E correspondem a uma estimativa de renda domiciliar mensal de R\$ 20.272,56, R\$ 8.695,88, R\$ 4.427,36, R\$ 2.409,01, R\$ 1.446,24 e R\$ 639,78, respectivamente.

⁸ RNs prematuros são aqueles com menos de 37 semanas de idade gestacional e os RNs à termo aqueles de 37 a 41 semanas. Os prematuros, ainda, podem ser subclassificados em extremos (menos de 28 semanas), muito prematuros (28 a menos de 32 semanas) e moderados a tardios (32 a menos de 37 semanas).

- Dias de internação: avaliada, primeiramente, como variável discreta e, posteriormente, categorizada em ≤ 10 dias, 11-20 dias, 21-30 dias e > 30 dias;
- Sexo: avaliada como feminino e masculino;
- Motivo da internação: categorizada em prematuridade, desconforto respiratório, hipoglicemia, baixo peso, malformações congênitas, perfuração intestinal, hérnia inguinal, anóxia neonatal, icterícia, aspiração meconial, exposição vertical à sífilis, convulsão neonatal, hipertensão pulmonar, meningite bacteriana, vômitos, febre, saturação de oxigênio baixa, edema, melena, massa abdominal, dificuldade na sucção, distensão abdominal, anorexia e bradicardia;
- Terapêutica respiratória: classificada em nenhuma, cateter nasal, CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), ventilação mecânica e na incubadora. E também, avaliada como sim ou não;
- Terapêutica intravenosa: foi categorizada em nenhuma, cateter periférico, PICC (cateter central de inserção periférica), cateter umbilical e dois dispositivos intravenosos. E ainda, dicotomizada em sim e não;
- Terapêutica nutricional: foi classificada em: ausência de dieta; via oral; via oral e sonda; via sonda; via parenteral; e via enteral e parenteral. Foi também analisada o uso de sonda gástrica em sim e não;
- Uso de fototerapia: foi dicotomizada em sim e não;
- Procedimento cirúrgico prévio: avaliada como sim ou não;
- Tipo de procedimento cirúrgico prévio: classificada de acordo com os procedimentos cirúrgicos da tabela do SUS⁹ (BRASIL, 2017): ileostomia, correção de gastrosquise, correção de atresia de esôfago, herniorrafia inguinal, frenectomia, piloroplastia, toracostomia com drenagem pleural fechada, correção de atresia jejuno-ileal, dissecação de veia, fechamento de ileostomia, laparotomia exploradora e fotocoagulação a laser;
- Sedação: dicotomizada em sim e não;
- Dreno: analisada como sim ou não;
- Tipo de dreno: foi classificada em tórax;
- Coberturas especiais: avaliada como sim ou não;

⁹ Foram considerados somente os procedimentos cirúrgicos realizados com fins terapêuticos.

- Tipo de cobertura especial: foi categorizada em: hidrocoloide; e hidrocoloide e biatain;
- Sonda vesical: dicotomizada em sim e não.

As variáveis qualitativas foram analisadas por meio das frequências absoluta (N) e relativa (%). E as variáveis quantitativas por meio das medidas de tendência central e de dispersão, utilizando média e desvio padrão quando apresentaram distribuição normal e mediana, mínimo e máximo quando não apresentaram distribuição normal. A aderência dos dados à distribuição normal foi verificada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov, considerando que o valor de $p < 0,05$ configura-se como ausência de normalidade.

4.4.4 Análise da relação entre as variáveis sociodemográficas dos pais, de nascimento e clínicas dos recém-nascidos e a *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU)

A análise bivariada foi realizada testando a associação entre o estresse (variável dependente) e as variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos RNs, mediante o Teste do Qui-Quadrado de Pearson, Teste do Qui-Quadrado com correção de continuidade de Yates (para tabelas 2x2 com frequência esperada entre 5 e 10) ou Teste Exato de Fisher (para tabelas 2x2 com frequência esperada inferior a 5). Para a realização destes testes, a variável dependente foi dicotomizada em ausente e presente, considerando ausência de estresse quando o resultado da métrica fosse < 2 e presença de estresse quando ≥ 2 .

Para a comparação de escores utilizou-se o Teste de Mann-Whitney (para dois grupos) e o Teste de Kruskal-Wallis (para três ou mais grupos), e ao se obter diferença estatística significativa, foi aplicado o Teste Post-Hoc de Dunn, a fim de identificar os grupos que apresentaram a diferença estatística.

No presente estudo, foi considerada com associação estatística significativa ao desfecho, as variáveis cujo valor de p foi menor ou igual a 5% ($p \leq 0,05$).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado. Assim, foram observados os princípios éticos da pesquisa, visando garantir a integridade da pessoa humana, respeitando a sua privacidade, disponibilidade e necessidade (BRASIL, 2012). O projeto foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFSM, sob o número: 044840. Possui autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do hospital cenário (ANEXO C) e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sob o número do CAAE: 62641816.7.0000.5346 e parecer de número: 1.865.348 (ANEXO D).

O TCLE elaborado para o presente estudo (APÊNDICE D) foi assinado pelo pesquisador responsável e pelos participantes, em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com o pesquisador. Neste termo, constavam expressas todas as informações sobre a coleta, análise e divulgação das informações bem como sobre a preservação do anonimato das identidades. Também foi esclarecido aos participantes sobre os riscos e benefícios que estariam expostos durante a coleta dos dados bem como sobre o caráter voluntário de participação e a liberdade de o participante se retirar do estudo a qualquer momento.

Os riscos deste estudo referem-se ao desvelamento de sentimentos e percepções que poderiam gerar algum desconforto aos participantes, em virtude das situações descritas no instrumento de coleta dos dados. Nesses casos, a coleta dos dados poderia ser interrompida e/ou, conforme o caso, suspensa, sem ônus algum ao participante. E ainda, aqueles que apresentassem choro ou outros sentimentos que indicassem a necessidade de atendimento especializado, poderiam ser encaminhados para atendimento com a psicóloga da UTIN, conforme acordado com esta previamente (ANEXO E). Destaca-se que não foi necessário encaminhar nenhum pai/mãe para atendimento psicológico. E os benefícios são indiretos, podendo contribuir para o conhecimento científico sobre o estresse dos pais diante da hospitalização do filho em UTIN bem como para melhorar a assistência prestada à família nesta unidade.

Destaca-se que nos casos de pais menores de 18 anos foi utilizado o termo de assentimento (APÊNDICE E) com estes e o TCLE com os seus pais/responsáveis legais. Ainda, os pesquisadores da presente pesquisa assinaram

o termo de confidencialidade dos dados (APÊNDICE F), em que se comprometeram a preservar a privacidade dos dados coletados por meio dos instrumentos. Concordaram, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução da presente pesquisa e para a formação de um banco de dados. E as informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável por este estudo, na sala 1336 do CCS da UFSM, situada na Av. Roraima, n. 1000, Prédio 26. Bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Após este período, os dados serão destruídos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados os resultados encontrados no presente estudo, que se encontram organizados conforme os capítulos: Perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Perfil de nascimento e clínico dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Análise descritiva da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU); e Análise da relação entre a *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) e as variáveis sociodemográficas dos pais e de nascimento e clínicas dos recém-nascidos. Destaca-se que na sequência de cada capítulo será apresentada a discussão dos seus achados com base em publicações nacionais e internacionais.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PAIS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

A população deste estudo está constituída por 204 pais/mães da UTIN. A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(continua)

Variáveis sociodemográficas	Frequências	
	N	(%)
Sexo		
Feminino	127	62,3
Masculino	77	37,7
Faixa etária		
≤ 18 anos	19	9,3
19-25 anos	63	30,9
26-35 anos	84	41,2
> 35 anos	38	18,6
Situação conjugal		
União estável/vive com companheiro(a)	137	67,2
Casado(a)	41	20,1

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(continuação)

Variáveis sociodemográficas	Frequências	
	N	(%)
Solteiro(a)	25	12,3
Separado(a)/Divorciado(a)	1	0,5
Número de filhos		
Um filho	93	45,6
Dois filhos	60	29,4
Três filhos	32	15,7
Quatro ou mais filhos	19	9,3
Raça/Cor da pele		
Branca	125	61,3
Parda	47	23,0
Preta	30	14,7
Amarela	1	0,5
Indígena	1	0,5
Religião		
Católica	72	35,3
Evangélica	61	29,9
Sem religião	51	25,0
Outras ¹	20	9,8
Escolaridade		
Fundamental incompleto	51	25,0
Fundamental completo	29	14,2
Médio incompleto	37	18,1
Médio completo	57	27,9
Superior incompleto	13	6,4
Superior completo	17	8,3
Procedência por macrorregionais de saúde do Rio Grande do Sul (N=202)		
Centro-Oeste	186	92,1
Missioneira	8	4,0
Norte	5	2,5
Vales	3	1,5
Água utilizada no domicílio		
Rede geral de distribuição	173	84,8
Poço ou nascente	31	15,2
Rua do domicílio		
Terra/Cascalho	109	53,4

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(conclusão)

Variáveis sociodemográficas	Frequências	
	N	(%)
Asfaltada/Pavimentada	95	46,6
Grau de instrução do chefe da família		
Analfabeto/Fundamental I ² incompleto	18	8,8
Fundamental I completo/ Fundamental II ³ incompleto	61	29,9
Fundamental completo/Médio incompleto	43	21,1
Médio completo/Superior incompleto	60	29,4
Superior completo	22	10,8
Estrato socioeconômico		
A	2	1,0
B1	15	7,4
B2	46	22,5
C1	45	22,1
C2	48	23,5
D-E	48	23,5

Fonte: Dados da pesquisa.

¹ Outras religiões: Espírita (10), Testemunhas de Jeová (2), Odinista (1), Católica e Espírita (2), Umbandista (5). ² Fundamental I corresponde ao período do 1º ao 5º ano. ³ Fundamental II do 6º ao 9º ano.

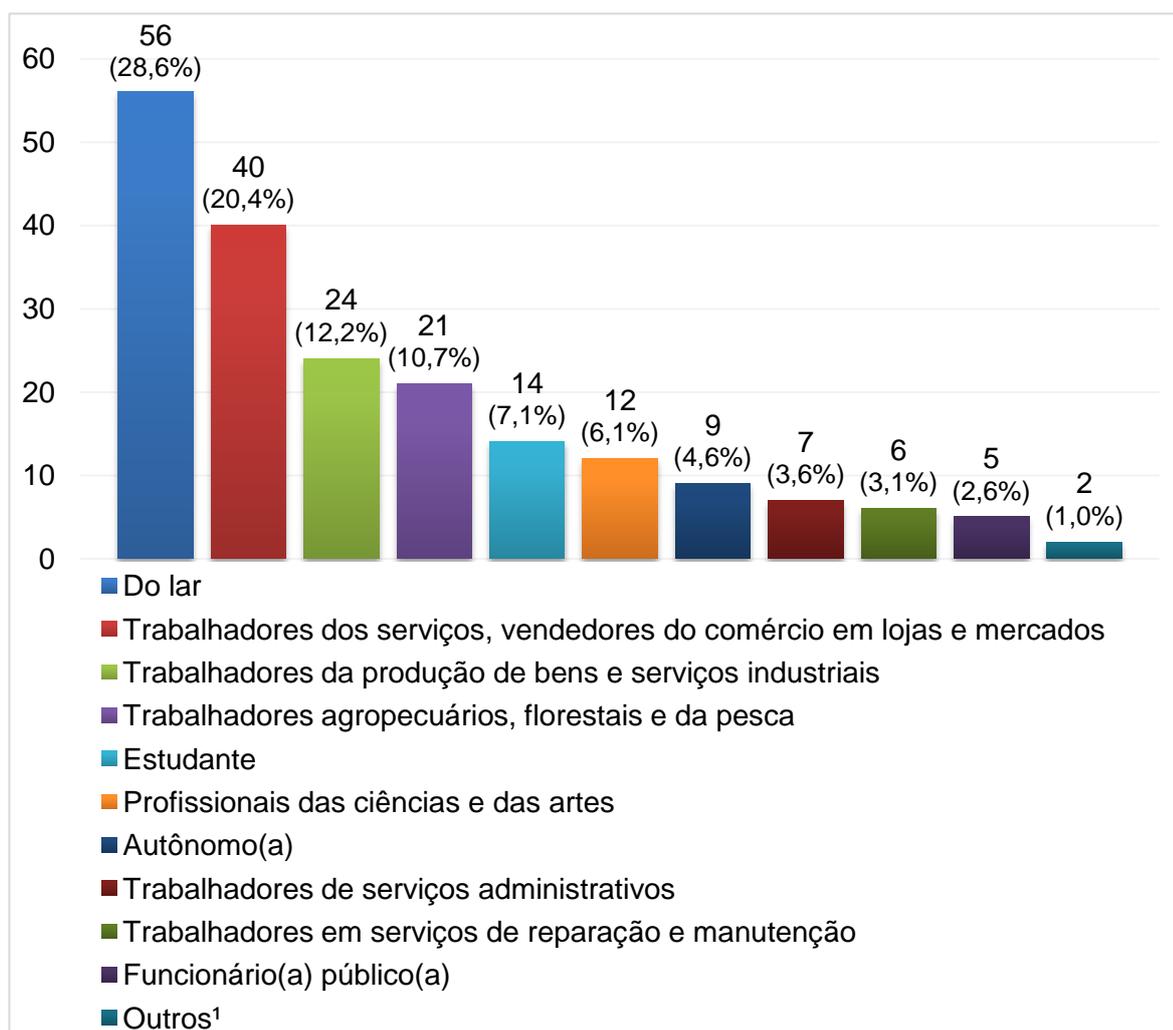
Identificou-se que os participantes são, na sua maioria, do sexo feminino (N=127; 62,3%), com idade média de 28,5 anos (DP=7,6), com mínima de 15 e máxima de 49, e que o maior percentual destes se encontra na faixa etária entre os 26 e os 35 anos (N=84; 41,2%). Viviam em união estável ou com companheiro(a) (N=137; 67,2%) e possuíam um filho (N=93; 45,6%). O maior percentual dos pais referiu ser de raça/cor da pele branca (N=125; 61,3%), de religião católica (N=72; 35,3%) e com ensino médio completo (N=57; 27,9%), sendo que um percentual considerável possuía o ensino fundamental incompleto (N=51; 25%).

No que se refere à procedência por macrorregionais de saúde do Rio Grande do Sul, houve predomínio da centro-oeste (N=186; 92,1%). Destaca-se que dois participantes eram procedentes do estado de Santa Catarina. A maioria não residia na cidade cenário do estudo (N=110; 53,9%).

Com relação às condições de moradia e saneamento básico, a maioria dos participantes utilizava água proveniente da rede geral de distribuição (N=173; 84,8%) e a rua do domicílio era de terra ou cascalho (N=109; 53,4%). O grau de instrução do chefe da família com o maior percentual foi o fundamental I completo/fundamental II incompleto (N=61; 29,9%).

No que tange ao estrato sócio econômico, maior percentual pertence aos estratos C2 (N=48; 23,5%) e D-E (N=48; 23,5%), o que corresponde a uma estimativa de renda domiciliar mensal de R\$ 1.446,24 e R\$ 639,78, respectivamente. Obteve-se nesta variável uma média de R\$ 2.858,71, com mínimo de R\$ 639,78 e máximo de R\$ 20.272,56. As ocupações dos pais da UTIN encontram-se descritas na Figura 1.

Figura 1 – Ocupações dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017



Fonte: Dados da pesquisa.

¹ Outros: Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares (1), Técnicos de nível médio (1).

A partir da Figura 1, percebe-se que a ocupação com maior percentual foi do lar (N=56; 28,6%), seguido dos trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (N=40; 20,4%) e dos trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (N=24; 12,2%). Nesta variável tem-se um N de 196, pois 8 pais não possuíam ocupação.

Quando questionados se já tiveram outro filho hospitalizado em UTIN, 28 (13,7%) dos pais referiram que já passaram por essa experiência, sendo que o tempo médio de hospitalização foi de 22,9 dias (DP=19,3), com mínimo de 1 e máximo de 90 e maior percentual no período de 16 a 30 dias (N=13; 46,4%). Nenhum destes filhos foi a óbito (N=28; 100%) durante ou após a hospitalização na UTIN.

5.1.1 Discussão

Dos 204 participantes do estudo, 62,3% (N=127) eram do sexo feminino, o que também foi observado em estudos semelhantes realizados em países como Portugal, Estados Unidos, Ruanda, Espanha e Austrália (BAÍA et al., 2016; BUSSE et al., 2013; MUSABIREMA, BRYSEWICZ, CHIPPS; 2015; SÁNCHEZ-VERACRUZ et al., 2017; TURNER et al., 2015).

O maior percentual de mães no presente estudo pode ser explicado pela licença maternidade, que é um direito assegurado pela Constituição Federal do Brasil de 1988, em seu artigo 7º, inciso XVIII, à todas as mulheres trabalhadoras urbanas e rurais por um período de 120 dias (BRASIL, 1988), o que permite que estas realizem visitas mais frequentes ao filho hospitalizado em UTIN e permaneçam junto desse por períodos mais longos.

Além disso, também se observou que uma parte das mães entrevistadas eram donas de casa (N=56; 28,6%), o que coloca o pai como o responsável pelo sustento da família, dificultando assim as visitas frequentes deste ao filho na UTIN, que são então realizadas, principalmente, no turno da noite e/ou nos finais de semana.

Com relação à idade, obteve-se uma média de 28,5 anos, com maior percentual na faixa etária entre os 26 e os 35 anos (N=84; 41,2%), corroborando com Wormald et al. (2015), que encontrou em seu estudo uma idade média de 29 anos bem como com o estudo de Musabirema, Brysiewicz e Chipps (2015), ao citarem que 61,2% do país de uma UTIN da Ruanda encontravam-se nessa faixa etária (26-35 anos).

No que se refere a raça/cor da pele, a maioria dos pais se autodeclarou como branco (N=125; 61,3%). No Brasil, de acordo com o último censo divulgado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 47,7% da população considerava-se branca. No estado do Rio Grande do Sul, observou-se um percentual superior ao nacional e ao encontrado neste estudo, em que 83,2% dos indivíduos eram da raça/cor da pele branca (IBGE, 2010).

Dos pais deste estudo, 27,9% (N=57) possuíam o ensino médio completo e 25% (N=51) não haviam concluído o ensino fundamental. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Souza, Dupas e Balieiro (2012), realizado no estado de São Paulo, que identificou 42,3% dos pais com ensino médio completo e 35,9% com fundamental incompleto. Estes mesmos autores também encontraram que nenhum dos pais tinha ensino superior, o que difere deste estudo, uma vez que 14,7% estavam cursando ou já haviam concluído. A baixa escolaridade também foi evidenciada no estudo de Wormald et al. (2015), em que 36% dos pais possuíam oito anos ou menos de estudo.

A baixa escolaridade dos pais deste estudo pode estar refletida nos percentuais encontrados de prematuridade (69,6%) e baixo peso ao nascer (62,3%), uma vez que a literatura tem evidenciado que um nível de escolaridade e socioeconômico baixo mostraram-se fatores de risco para o nascimento de RNs prematuros e/ou com baixo peso (ALMEIDA et al., 2012; GONZAGA et al., 2016; USYNINA et al., 2016).

O fato de que as mulheres com baixo nível socioeconômico são mais suscetíveis a um parto prematuro pode estar associado às suas condições de vida, visto que muitas vezes estas se encontram em condições insatisfatórias de nutrição, cargas de trabalho excessivas, estresse físico e mental elevado e uma assistência no pré-natal deficiente (ALMEIDA et al., 2012). Os pais deste estudo possuíam um baixo nível socioeconômico, visto que pertenciam aos estratos C2 (N=48; 23,5%) e

D-E (N=48; 23,5%), o que corresponde a uma estimativa de renda domiciliar mensal de R\$ 1.446,24 e R\$ 639,78, respectivamente, ou seja, rendas inferiores a dois salários mínimos nacionais.

No que tange a procedência, houve o predomínio de pais oriundos da macrorregião centro-oeste do Rio Grande do Sul (N=186; 92,1%), o que pode ser explicado pelo fato de o hospital cenário do estudo ser referência em gestações de alto risco para os 43 municípios pertencentes a esta macrorregião.

Os achados deste estudo evidenciam que o maior percentual dos pais possuía apenas um filho (N=93; 45,6%), o que vai de encontro com estudos realizados em países como Portugal (55,5%) e Austrália (54,8%) (BAÍA et al., 2016; TURNER et al., 2015). Em contrapartida, um estudo realizado em duas UTINs da Nigéria encontrou que o maior percentual dos pais tinha três filhos (40,7%) (CHIEJINA et al., 2014). Essas diferenças podem ser explicadas pelas taxas de fertilidade em países desenvolvidos e subdesenvolvidos, visto que em Portugal e na Austrália as mulheres possuem cerca de 2 filhos, contrastando com a taxa de fertilidade da Nigéria, que é de 5 filhos por mulher (CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2017).

Nesse sentido, justifica-se que somente 13,7% dos pais já tiveram outro filho internado em UTIN, considerando que para o maior percentual é o primeiro filho. Esses achados são consistentes com os de Månsson, Jakobsson e Lundqvist (2016), que encontraram em seu estudo que somente 9,8% das mães e 8,8% dos pais tinham experiência prévia com UTIN e, ainda, com o estudo de Sánchez-Veracruz et al. (2017), em que nenhum dos pais possuía esta experiência. Assim, cabe aos profissionais de saúde destas unidades mostrarem-se sensíveis e acolherem estes pais, buscando estratégias para minimizar o estresse decorrente da hospitalização de um filho em UTIN.

5.2 PERFIL DE NASCIMENTO E CLÍNICO DOS RECÉM-NASCIDOS DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Neste subitem serão apresentados os resultados do perfil de nascimento e clínico dos 204 RNs, que são os filhos dos participantes do estudo. O perfil de nascimento encontra-se descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil de nascimento dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

Variáveis de nascimento	Frequências	
	N	(%)
Sexo		
Feminino	89	43,6
Masculino	115	56,4
Idade gestacional		
Prematuro	142	69,6
A termo	62	30,4
Peso ao nascer		
< 2.500 g	127	62,3
≥ 2.500 g	77	37,7
Parto		
Cesárea	167	81,9
Vaginal	37	18,1
Gravidez gemelar		
Sim	16	7,8
Não	188	92,2
Necessidade de reanimação neonatal		
Sim	106	52,0
Não	93	45,6
Sem informação	5	2,5
Manobras de reanimação (N=103)		
Oxigênio	61	59,2
Intubação + Oxigênio	37	35,9
Massagem cardíaca e medicações	5	4,9
Apgar do 1º minuto (N=194)		
≤ 3	21	10,8
4-7	69	35,6
> 7	104	53,6
Apgar do 5º minuto (N=194)		
≤ 3	5	2,6
4-7	40	20,6
> 7	149	76,8
Malformação congênita		
Sim	20	9,8
Não	184	90,2

Fonte: Dados da pesquisa.

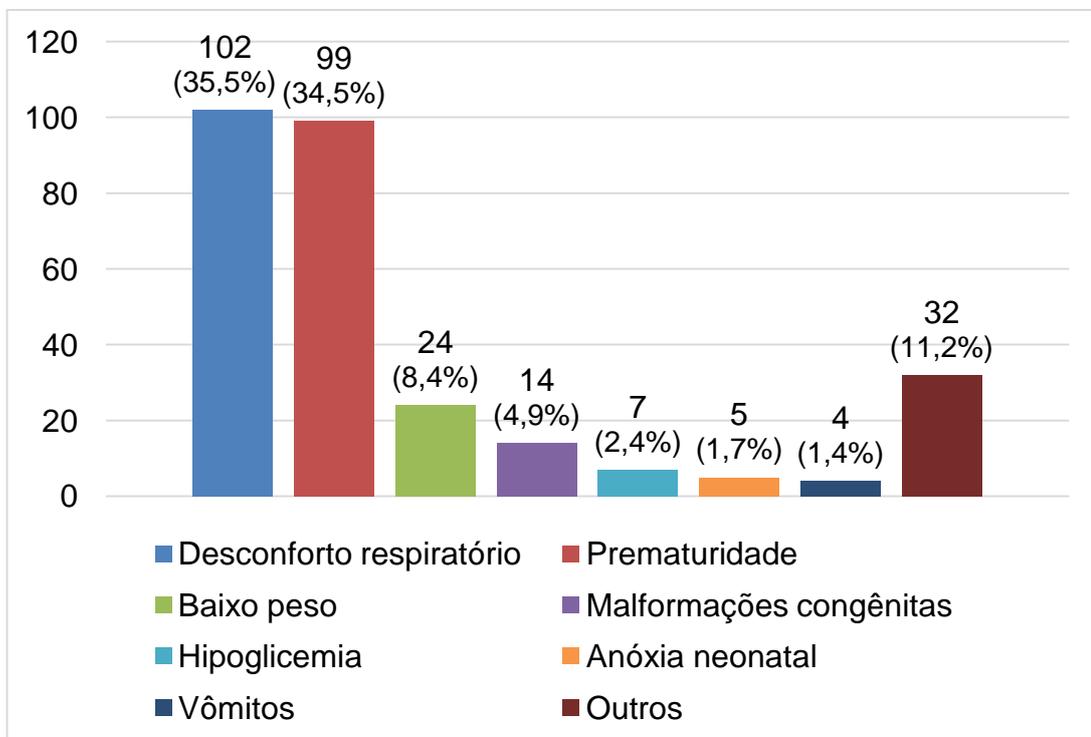
Evidenciou-se que o maior percentual foi de RNs do sexo masculino (N=115; 56,4%), de prematuros (N=142; 69,6%), sendo a maioria de moderados a tardios (N=101; 71,1%), com < 2.500 g (N=127; 62,3%) e nascidos de parto cesárea

(N=167; 81,9%). Dos RNs do estudo, somente 16 (7,8%) deles nasceram de uma gravidez gemelar.

Com relação às intercorrências, a maioria necessitou de manobras de reanimação neonatal (N=106; 52%), sendo que a mais utilizada foi a oxigenoterapia (N=61; 59,2%). Para a variável manobras de reanimação tem-se um N de 103, pois 3 RNs não possuíam em seus prontuários a descrição do tipo de manobra realizada. Além disso, 16 (7,8%) neonatos tiveram outras intercorrências, sendo que predominou o toco-traumatismo (N=16; 100%).

Quanto ao apgar, a maioria apresentou nota maior que 7, tanto no 1º (N=104; 53,6%) quanto no 5º minuto (N=149; 76,8%). Para estas variáveis tem-se um N de 194, pois 10 RNs não possuíam as notas do apgar descritas em seus prontuários. Dos neonatos pesquisados, 20 (9,8%) apresentaram malformações congênicas. Na Figura 2 apresentam-se os motivos que levaram os RNs à internação na UTIN.

Figura 2 – Motivos de internação dos recém-nascidos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino, no período de janeiro a agosto de 2017



Fonte: Dados da pesquisa.

A partir da Figura 2, percebe-se que o principal motivo de internação na UTIN foi o desconforto respiratório (N=102; 35,5%), seguido da prematuridade (N=99; 34,5%). Destaca-se que alguns RNs apresentaram mais de um motivo de internação, desta forma, nesta variável tem-se um N de 287. Na Tabela 3 encontra-se descrito o perfil clínico dos RNs.

Tabela 3 – Perfil clínico dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(continua)

Variáveis clínicas	Frequências	
	N	(%)
Dias de vida		
≤ 10 dias	91	44,6
11-20 dias	70	34,3
21-30 dias	28	13,7
> 30 dias	15	7,4
Unidade de internação		
Cuidados intermediários	96	47,1
Alto risco	51	25,0
Isolamento	29	14,2
Canguru	28	13,7
Dias de internação		
≤ 10 dias	112	54,9
11-20 dias	61	29,9
21-30 dias	17	8,3
> 30 dias	14	6,9
Terapêutica respiratória		
Nenhuma	157	77,0
Ventilação mecânica	25	12,3
Cateter nasal	12	5,9
CPAP	8	3,9
Na incubadora	2	1,0
Terapêutica intravenosa		
Nenhuma	90	44,1
PICC	58	28,4
Cateter periférico	41	20,1
Cateter umbilical	1	0,5
Dois dispositivos intravenosos ¹	14	6,9
Terapêutica nutricional		
Ausência de dieta	1	0,5
Via oral	81	39,7
Via sonda	46	22,5
Via oral e sonda	25	12,3
Via parenteral	19	9,3

Tabela 3 – Perfil clínico dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(conclusão)

Variáveis clínicas	Frequências	
	N	(%)
Via enteral e parenteral ²	32	15,7
Uso de fototerapia		
Sim	4	2,0
Não	200	98,0
Sedação		
Sim	9	4,4
Não	195	95,6
Dreno		
Sim	1	0,5
Não	203	99,5
Coberturas especiais		
Sim	36	17,6
Não	168	82,4
Sonda vesical		
Sim	8	3,9
Não	196	96,1

Fonte: Dados da pesquisa.

¹ Dois dispositivos intravenosos: Cateter periférico e PICC (N=12; 5,9%), Cateter umbilical e PICC (N=2; 1,0%). ² Via enteral e parenteral: Via oral e Via parenteral (N=6; 2,9%), Via oral e sonda e Via parenteral (N=3; 1,5%), Via sonda e Via parenteral (N=23; 11,3%).

Com relação ao perfil clínico, identificou-se que a maior parte dos RNs possuía 10 ou menos dias de vida (N=91; 44,6%), com uma mediana de 11 dias, mínimo de 5 e máximo de 88 dias.

A unidade de internação com maior percentual foi a de cuidados intermediários (N=96; 47,1%), sendo que a maioria dos RNs estavam 10 ou menos dias hospitalizados (N=112; 54,9%). Para esta variável obteve-se uma mediana de 10 dias, com mínimo de 5 e máximo de 87 dias.

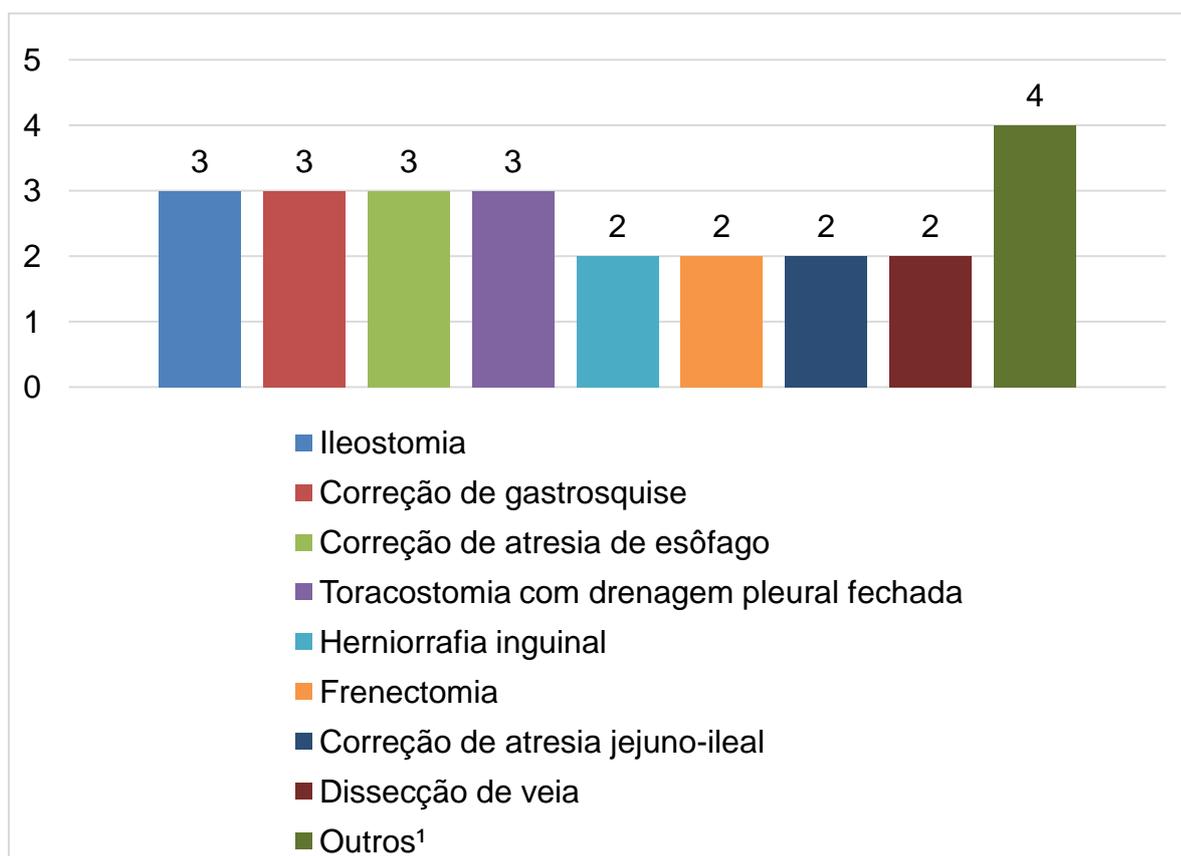
A maioria dos RNs não utilizou nenhuma terapêutica respiratória (N=157; 77%), dos que utilizaram, a ventilação mecânica foi a que obteve maior percentual (N=25; 12,3%). O PICC constituiu a principal terapêutica intravenosa (N=58; 28,4%). Em relação à terapêutica nutricional, a maior parte dos RNs fez uso de dieta por via oral (N=81; 39,7%), seguida da por via sonda (N=46; 22,5%).

Dos neonatos do estudo, 4 (2%) fizeram uso de fototerapia, 9 (4,4%) de sedação e 1 (0,5%) de dreno, que foi o de tórax. Ainda, 36 (17,6%) usaram algum

tipo de cobertura especial, sendo que a mais utilizada foi o hidrocólóide, de forma isolada (N=34; 94,4%) ou associado com o biatín (N=2; 5,6%). Também, 8 (3,9%) RNs usaram sonda vesical.

Com relação aos procedimentos cirúrgicos prévios, 20 (9,8%) neonatos realizaram algum tipo de procedimento, em que os principais foram ileostomia (N=3; 12,5%), correção de gastrosquise (N=3; 12,5%), correção de atresia de esôfago (N=3; 12,5%) e toracostomia com drenagem pleural fechada (N=3; 12,5%). Alguns RNs realizaram mais de um procedimento cirúrgico, por isso para essa variável tem-se um N de 24 (Figura 3).

Figura 3 – Procedimentos cirúrgicos realizados pelos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017



Fonte: Dados da pesquisa.

¹ Outros: Píloroplastia (1), Fechamento de ileostomia (1), Laparotomia exploradora (1), Fotocoagulação a laser (1).

5.2.1 Discussão

Neste estudo, observou-se que 56,4% (N=115) dos RNs eram do sexo masculino, o que corrobora com os achados de outros estudos realizados em UTINs (KREY et al., 2016; LAGES et al., 2014; LIMA et al., 2015; PIESZAK et al., 2013). Segundo TOWNSEL et al. (2017), há maior risco de morbimortalidade respiratória em prematuros do sexo masculino, em virtude de diferenças na estrutura, fisiologia e produção de hormônios, que acabam por alterar a produção de surfactante, contribuindo para que o feto masculino apresente um desenvolvimento pulmonar tardio.

Com relação à idade gestacional, o maior percentual foi de prematuros (N=142; 69,6%), do grupo de moderados a tardios (N=101; 71,1%). Outros estudos realizados em UTINs também têm demonstrado altos percentuais de prematuridade, com taxas que variam de 67,4% a 92,14% (LAGES et al., 2014; LIMA et al., 2015; PIESZAK et al., 2013).

Segundo dados do Ministério da Saúde, percebeu-se um crescimento dos partos prematuros no Brasil, de 6,6% em 2005 para 10,8% em 2015, o que também foi observado nas taxas do estado do Rio Grande do Sul, passando de 8,7% para 11,4% no mesmo período. Na cidade de Santa Maria/RS, os partos prematuros representaram 14,1% em 2005 e aumentaram para 15,2% em 2015, superando as taxas nacionais e do estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2015).

Observa-se também o crescimento do grupo de prematuros moderados a tardios, que são os RNs que possuem de 32 a menos de 37 semanas de idade gestacional. Em estudo realizado na cidade de Maringá/PR, encontrou-se que a taxa de prematuros moderados a tardios entre os nascidos vivos aumentou de 7% em 2000 para 9,7% em 2013, e que do total de nascimentos prematuros, 84,8% foram de moderados a tardios, percentual maior do que o encontrado no presente estudo (71,1%) (OLIVEIRA et al., 2015).

Esse aumento nas taxas de prematuridade pode estar associado a fatores maternos e obstétricos. A literatura descreve que as mães com partos prematuros prévios, abortos espontâneos ou induzidos, nível de escolaridade baixo, extremos de idade (<18 anos ou ≥35 anos), diabetes mellitus ou diabetes gestacional, extremos de peso (baixo peso ou sobrepeso/obesidade), abuso de bebidas alcoólicas durante a gestação, tabagistas e não casadas possuem maior risco de parto prematuro (USYNINA et al., 2016).

As consequências da prematuridade a longo prazo vêm sendo amplamente documentadas pela literatura. Srinivasjois et al. (2015), concluíram, a partir de um estudo de coorte, que em comparação aos RNs a termo, os prematuros exibem maior risco de reinternações. Além de que em estudo de Johnson et al. (2015) evidenciou-se que os prematuros moderados a tardios que, muitas vezes, são assistidos como RNs “quase à termo” pelos profissionais e serviços de saúde, apresentam o dobro de risco para comprometimento do desenvolvimento neurológico aos 2 anos de idade quando comparado à RNs a termo.

Além da prematuridade, o baixo peso ao nascer também se encontra associado ao aumento da morbimortalidade neonatal (LANSKY et al., 2014). Neste estudo, a maioria dos RNs foi classificada como baixo peso, ou seja, com menos de 2.500 g (N=127; 62,3%), como também observado em estudos realizados em UTINs dos estados do Pará (80,5%) e do Piauí (83%) (LAGES et al., 2014; LIMA et al., 2015).

O tipo de parto predominante foi o cesáreo (N=167; 81,9%). Achados semelhantes foram também encontrados em estudos realizados nos estados do Pará (56%), Piauí (55,1%) e Rio Grande do Sul (59,6%) (LAGES et al., 2014; LIMA et al., 2015; PIESZAK et al., 2013). O fato de que neste estudo encontrou-se um percentual bastante elevado de partos cesáreos pode ser explicado pelo hospital cenário ser referência em gestações de alto risco.

A cesariana pode ser a mais indicada em situações que os riscos perinatais são altos, como em casos de sofrimento fetal, pré-eclâmpsia, falta de progresso no trabalho de parto e a apresentação pélvica (LIMA et al., 2015). Em estudo de Silva et al. (2014), encontrou-se associação protetora entre o parto cesáreo e o óbito neonatal. Isso pode ser explicado pelo fato de que eram RNs provenientes de uma UTIN e assim, possivelmente, nascidos de gestações de alto risco.

Desta forma, a realização de uma cesariana deve ser orientada por uma indicação consciente, levando em consideração o que será mais benéfico para a mãe e recém-nascido, uma vez que esta pode acarretar em um parto prematuro, aumento da morbimortalidade materna e neonatal e dos gastos hospitalares (LAGES et al., 2014). Além de que a cesárea em RNs a termo pode aumentar o risco de necessidade de reanimação neonatal (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

A ocorrência de reanimação neonatal também é maior quanto menor a idade gestacional e/ou peso ao nascer (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016), o que pode explicar que 52% (N=106) dos RNs deste estudo precisaram de algum tipo de manobra de reanimação, sendo que o maior percentual necessitou de oxigênio (N=61; 59,2%). Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), por volta de 1 em cada 10 RNs precisa de algum tipo de assistência para começar a respirar efetivamente após o nascimento, 1 em cada 100 necessita de intubação traquel e 1 a 2 em cada 1.000 de intubação com massagem cardíaca e/ou medicações (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016).

Após realizadas as manobras de reanimação neonatal, pode-se utilizar o escore de Apgar para avaliação da resposta do neonato a essas e da sua eficácia. O escore de Apgar deve ser medido no 1º e 5º minutos de vida após o nascimento, em que cinco sinais clínicos são analisados, quais sejam respiração, frequência cardíaca, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor. A pontuação varia de zero a dez (ALMEIDA; GUINSBURG, 2016). A maioria dos neonatos deste estudo apresentou apgar maior que 7 tanto no 1º (N=104; 53,6%) quanto no 5º minuto (N=149; 76,8%). Percentuais maiores foram observados em outro estudo, com 63,21% dos neonatos com nota do apgar maior que 7 no 1º minuto e 86,16% no 5º minuto (LIMA et al., 2015).

Pode-se constatar que o desconforto respiratório se constituiu no principal motivo de internação na UTIN deste estudo (N=102; 35,5%), seguido da prematuridade (N=99; 34,5%), o que corrobora com o estudo de Lages et al. (2014), que encontrou que 57,2% dos RNs admitidos em uma UTIN do estado do Piauí foi em virtude de algum acometimento respiratório. Outros estudos também evidenciam a prematuridade e os distúrbios respiratórios como as principais causas de internação em UTIN e a associação de mais de um motivo entre os RNs (ARRUÉ et al., 2013; LIMA et al., 2015; PIESZAK et al., 2013).

Em relação à unidade de internação, o maior percentual dos RNs estava internado na Unidade de Cuidados Intermediários no momento da coleta dos dados (N=96; 47,1%). Isso justifica que somente 23% (N=47) dos neonatos estavam fazendo uso de algum tipo de terapêutica respiratória, uma vez que esta unidade é destinada a RNs de médio risco e que necessitam de uma assistência

continuamente, mas de menor complexidade quando comparado àqueles internados na unidade intensiva (BRASIL, 2012).

Neste estudo, o PICC constituiu-se na principal terapêutica intravenosa utilizada pelos RNs (N=72; 35,3%), isoladamente (N=58; 28,4%) ou associado a outro dispositivo intravenoso (N=14; 6,9%). Este vem sendo amplamente utilizado em UTINs, visto que se pode administrar pelo PICC antibióticos, medicamentos vesicantes ou irritantes, soluções hiperosmolares (osmolaridade maior que 600 mOsm/L) ou com pH não fisiológico e nutrição parenteral (COSTA; SILVA; KIMURA, 2014).

Os RNs que são prematuros, com baixo peso e possuem diagnóstico de distúrbios respiratórios são a principal clientela que utiliza o PICC em UTIN (RANGEL et al., 2016). Isso se deve em razão de que estes RNs demandam, muitas vezes, de longos períodos de internação e da administração de muitas soluções intravenosas para garantir um aporte hídrico e nutricional adequado.

É comum que, inicialmente, o aporte nutricional em RNs prematuros seja feito por via parenteral, em virtude de estes apresentarem um trato gastrointestinal imaturo. Contudo, assim que o neonato se encontrar em condições hemodinamicamente estáveis e com movimentos peristálticos deve-se iniciar a alimentação enteral. Em RNs com menos de 34 semanas de idade gestacional, a alimentação por via oral torna-se difícil, uma vez que estes não apresentam o mecanismo de coordenação respiração-sucção-deglutição (BRASIL, 2014). O que vai de encontro aos achados desse estudo, visto que a maioria eram prematuros, o que justifica que 47,6% (N=97) estavam com nutrição via sonda gástrica, seja de forma isolada (N=46; 22,5%) ou associada com a via oral e/ou parenteral (N=51; 25,1%).

Constatou-se que 36 (17,6%) RNs estavam usando algum tipo de cobertura especial, sendo que a mais utilizada foi o hidrocoloide, isoladamente (N=34; 94,4%) ou associado com o biatain (N=2; 5,6%). Curativos à base de hidrocoloide, silicone e poliuretano devem ser utilizados para prevenir lesões decorrentes do contato do RN com superfícies ou dispositivos bem como pela remoção de adesivos, principalmente, nos prematuros, uma vez que possuem pele imatura, mobilidade espontânea reduzida, muitos encontram-se com uma nutrição insatisfatória e

utilização de inúmeros dispositivos, como cateteres de oxigênio, sondas e tubos, o que aumenta o risco de lesões por pressão (SANTOS; COSTA, 2015).

No estudo de Santos e Costa (2014), realizado em uma UTIN de um hospital do sul do Brasil, identificou-se que os profissionais de enfermagem apresentam dúvidas na escolha da melhor cobertura para ser utilizada no neonato, em virtude da falta de padronização nas ações para o tratamento de lesões. Percebe-se que isso encontra-se em consonância com os resultados deste estudo, uma vez que considerando o quantitativo de prematuros e baixo peso, uma parcela pequena de RNs utilizou algum tipo de cobertura especial, a qual se limitou ao hidrocoloide, possivelmente, em decorrência da falta de conhecimento dos profissionais desta unidade acerca do que pode ser utilizado no neonato.

No presente estudo, identificou-se que 20 (9,8%) dos RNs possuíam algum tipo de malformação congênita. Isso pode explicar o fato de que dos 24 procedimentos cirúrgicos realizados, 8 (33,3%) estejam relacionados a correções de malformações, como correção de gastrosquise (N=3; 12,5%), correção de atresia de esôfago (N=3; 12,5%) e correção de atresia jejuno-ileal (N=2; 8,3%).

Estudos realizados a partir de dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), encontrou, no município de São Paulo, uma prevalência de 1,2% de malformações congênitas no período de 2007 a 2011. No município de São Luís/MA, a taxa de nascidos vivos com anomalia congênita foi de 0,5% do ano de 2002 a 2011 (MENDES et al., 2015; RODRIGUES et al., 2014).

Assim, percebe-se a diversidade de aspectos envolvidos na assistência ao neonato em uma UTIN, os quais se constituem em desafios diários para os profissionais de saúde e que requerem destes uma busca constante por conhecimento técnico-científico para atender as particularidades de cuidado dos RNs destas unidades.

5.3 ANÁLISE DESCRITIVA DA *PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT* (PSS: NICU)

Neste subitem serão apresentados os resultados descritivos referentes aos itens das subescalas que compõem a PSS: NICU. Na Tabela 4 estão apresentadas as análises descritivas das respostas dos participantes por itens da PSS: NICU.

Nota-se que a frequência (N) de cada resposta analisada apresenta um N diferente, isso se deve ao número de respostas “não se aplica” aos itens do instrumento.

Em relação a subescala Sons e Imagens, as respostas dos pais foram predominantes por “não estressante”, exceto no item “O barulho repentino do alarme dos monitores” que apresentou a mesma frequência de respostas para “não estressante” (N=56; 28,6%) e “pouco estressante” (N=56; 28,6%). Além de que no item “Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê” obteve-se um maior percentual na resposta “extremamente estressante” (N=51; 35,4%).

A subescala Aparência e o Comportamento do Bebê apresentou, na maior parte dos itens, a alternativa “não estressante” como resposta. Entretanto, nos itens “Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê” (N=46; 31,3%), “Respiração incomum ou anormal do meu bebê” (N=50; 32,3%), “Ver agulhas e tubos no meu bebê” (N=52; 27,8%), “Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo” (N=43; 24,3%), “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor” (N=59; 37,6%) e “Quando meu bebê parecia triste” (N=49; 34,8%), a resposta com maior percentual foi a “extremamente estressante”.

Na subescala Alteração no Papel de Mãe/Pai, houve o predomínio da resposta “extremamente estressante” em todos os itens, sendo que o “Estar separada(o) do meu bebê” foi o item com o maior percentual (N=103; 52,3%), seguido do “Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos” (N=88; 49,2%).

Tabela 4 – Análise descritiva das respostas dos participantes aos itens da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017

(continua)

Item da PSS: NICU	Respondentes		1		2		3		4		5	
	N		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
SONS E IMAGENS												
1. A presença de monitores e equipamentos	196		91	46,4	57	29,1	16	8,2	15	7,7	17	8,7
2. O barulho constante de monitores e equipamentos	195		70	35,9	67	34,4	23	11,8	22	11,3	13	6,7
3. O barulho repentino do alarme dos monitores	196		56	28,6	56	28,6	29	14,8	24	12,2	31	15,8
4. Os outros bebês doentes na sala	187		107	57,2	31	16,6	29	15,5	10	5,3	10	5,3
5. O grande número de pessoas trabalhando na unidade	186		141	75,8	22	11,8	13	7,0	3	1,6	7	3,8
6. Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	144		21	14,6	25	17,4	19	13,2	28	19,4	51	35,4
APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO DO BEBÊ												
1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	174		46	26,4	41	23,6	26	14,9	22	12,6	39	22,4
2. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	147		22	15,0	40	27,2	15	10,2	24	16,3	46	31,3
3. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	136		40	29,4	34	25,0	22	16,2	15	11,0	25	18,4
4. Respiração incomum ou anormal do meu bebê	155		26	16,8	35	22,6	17	11,0	27	17,4	50	32,3
5. O tamanho pequeno do meu bebê	139		66	47,5	29	20,9	14	10,1	10	7,2	20	14,4
6. A aparência enrugada do meu bebê	126		86	68,3	22	17,5	7	5,6	8	6,3	3	2,4
7. Ver agulhas e tubos no meu bebê	187		26	13,9	45	24,1	31	16,6	33	17,6	52	27,8
8. Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	177		37	20,9	42	23,7	25	14,1	30	16,9	43	24,3

Tabela 4 – Análise descritiva das respostas dos participantes aos itens da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017

Item da PSS: NICU	(conclusão)											
	Respondentes		1		2		3		4		5	
	N		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9. Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor	157		18	11,5	31	19,7	17	10,8	32	20,4	59	37,6
10. Quando meu bebê parecia triste	141		20	14,2	25	17,7	17	12,1	30	21,3	49	34,8
11. A aparência flácida e frágil do meu bebê	157		49	31,2	33	21,0	22	14,0	28	17,8	25	15,9
12. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê	150		41	27,3	31	20,7	28	18,7	24	16,0	26	17,3
13. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	95		38	40,0	18	18,9	14	14,7	10	10,5	15	15,8
ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI												
1. Estar separada(o) do meu bebê	197		17	8,6	17	8,6	18	9,1	42	21,3	103	52,3
2. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê	163		25	15,3	24	14,7	23	14,1	38	23,3	53	32,5
3. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo trocar fraldas, dar banho)	175		29	16,6	38	21,7	29	16,6	28	16,0	51	29,1
4. Não poder segurar meu bebê quando quero	160		23	14,4	35	21,9	20	12,5	24	15,0	58	36,2
5. Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	179		22	12,3	23	12,8	15	8,4	31	17,3	88	49,2
6. Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo	184		26	14,1	29	15,8	15	8,2	35	19,0	79	42,9
7. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê	181		49	27,1	26	14,4	19	10,5	36	19,9	51	28,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Nota: 1: Não estressante; 2: Pouco estressante; 3: Moderadamente estressante; 4: Muito estressante; 5: Extremamente estressante.

Na Tabela 5 encontram-se descritas as médias obtidas a partir das respostas dos pais aos itens das subescalas da PSS: NICU.

Tabela 5 – Análise das médias das respostas dos pais aos itens da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017

(continua)

Item da PSS: NICU	Média
SONS E IMAGENS	2,26
1. A presença de monitores e equipamentos	2,03
2. O barulho constante de monitores e equipamentos	2,18
3. O barulho repentino do alarme dos monitores	2,58
4. Os outros bebês doentes na sala	1,85
5. O grande número de pessoas trabalhando na unidade	1,46
6. Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	3,44
APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO DO BEBÊ	2,83
1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	2,81
2. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	3,22
3. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	2,64
4. Respiração incomum ou anormal do meu bebê	3,26
5. O tamanho pequeno do meu bebê	2,20
6. A aparência enrugada do meu bebê	1,57
7. Ver agulhas e tubos no meu bebê	3,21
8. Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	3,00
9. Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor	3,53
10. Quando meu bebê parecia triste	3,45
11. A aparência flácida e frágil do meu bebê	2,66
12. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê	2,75
13. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	2,43
ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI	3,49
1. Estar separada(o) do meu bebê	4,00
2. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê	3,43
3. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo trocar fraldas, dar banho)	3,19
4. Não poder segurar meu bebê quando quero	3,37

Tabela 5 – Análise das médias das respostas dos pais aos itens da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017

(conclusão)

Item da PSS: NICU	Média
5. Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	3,78
6. Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo	3,61
7. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê	3,08
TOTAL	2,86

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 5, evidenciou-se que a subescala que apresentou o menor nível de estresse foi a Sons e Imagens, com uma média de 2,26. As respostas médias para os itens nesta subescala variaram de 1,46 a 3,44 e as situações apontadas pelos pais como as mais estressantes foram “Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê” (média=3,44) e “O barulho repentino do alarme dos monitores” (média=2,58). Na subescala Aparência e o Comportamento do Bebê (média=2,83), as médias variaram de 1,57 a 3,53, sendo que os itens mais estressantes foram “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor” (média=3,53) e “Quando meu bebê parecia triste” (média=3,45).

A subescala que apresentou o maior nível de estresse foi a Alteração no Papel de Mãe/Pai, com uma média de 3,49. Nesta subescala, as médias variaram de 3,08 a 4,00 e os itens que apresentaram os maiores escores de estresse foram “Estar separada(o) do meu bebê” (média=4,00) e “Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos” (média=3,78), ambos considerados muito estressantes. Obteve-se uma média de 2,86 na escala total, considerada moderadamente estressante. Na Tabela 6 têm-se descritos os valores obtidos a partir do alfa de Cronbach para a análise da confiabilidade das subescalas da PSS: NICU, segundo as métricas 1 e 2.

Tabela 6 – Análise da confiabilidade das subescalas da PSS: NICU por meio do alfa de Cronbach, segundo a métrica 1 e 2. Santa Maria, RS, Brasil, 2017

SUBESCALAS	MÉTRICA 1	MÉTRICA 2
Sons e imagens	0,77	0,78
Aparência e o comportamento do bebê	0,87	0,88
Alteração no papel de mãe/pai	0,87	0,88

Fonte: Dados da pesquisa.

O alfa de Cronbach obtido para a PSS: NICU foi de 0,92 e 0,93 nas métricas 1 e 2, respectivamente. As subescalas que compõem a PSS: NICU apresentaram valores de alfa de Cronbach considerados confiáveis, entre 0,77 a 0,88.

5.3.1 Discussão

Os pais deste estudo consideraram a subescala “Alteração no Papel de Mãe/Pai” como a mais estressante, uma vez que houve maior percentual da resposta “extremamente estressante” em todos os seus itens bem como também se obteve nesta subescala a maior média (3,49), corroborando com os achados de estudos realizados nos Estados Unidos (média=3,25), Espanha (média=3,14) e Austrália (média=3,47) (BUSSE et al., 2013; SÁNCHEZ-VERACRUZ et al., 2017; TURNER et al., 2015).

Níveis de estresse superiores foram encontrados em estudos realizados nos estados do Paraná e São Paulo, com médias de 4,3 e 3,7, respectivamente (FERNANDES et al., 2015; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012). O fato de que o estudo de Fernandes et al. (2015), realizado no Paraná, ter encontrado níveis de estresse bem superiores aos deste estudo e dos demais pode ser explicado por ter sido feito somente com mães. O que é confirmado pelo estudo de Baía et al. (2016), que identificou que as mães apresentaram um nível de estresse superior (média=4,1) aos pais (média=3,2) na subescala de alteração do papel de mãe/pai.

Percebe-se que a alteração do papel parental foi identificada como o principal causador de estresse em pais de UTINs de diversos países, o que pode ser explicado por estes não conseguirem assumir os seus papéis de pai e mãe diante da hospitalização do filho nestas unidades, o que gera frustração e faz com que os pais se sintam incapazes por não poderem proteger e cuidar do próprio filho (BAÍA et al., 2016). Estes sentimentos são ainda mais evidentes nas mães, como pode-se

perceber nos estudos de Fernandes et al. (2015) e Baía et al. (2016), em virtude de elas não poderem desenvolver ações que caracterizam o papel de uma mãe, como amamentar, pegar no colo, trocar fraldas e dar banho.

Em estudo realizado em uma UTIN do município de Palmas/TO, percebeu-se que quando as mães eram incluídas pelos profissionais de saúde nos cuidados dos seus filhos, elas se percebiam assumindo efetivamente o seu papel de mãe, conferindo lhes maior segurança e, assim, fazendo com que estas mães se sentissem mais competentes para cuidar do filho (SANTOS et al., 2017).

Nesse sentido, os profissionais das UTINs podem ajudar no processo de construção da autonomia materna. Para isso, inicialmente, de maneira acolhedora e disponível, os profissionais devem demonstrar e orientar a mãe sobre os cuidados realizados, posteriormente, incentivar que ela os faça e auxiliá-la, até que ela se sinta confiante para desenvolver os cuidados do filho, ficando o profissional somente na supervisão (VERONEZ et al., 2017).

Com relação aos itens da subescala “Alteração no Papel de Mãe/Pai”, os pais consideraram como mais estressantes o fato de estarem separados do filho e sentirem-se desamparados e incapazes de protegê-lo da dor e de procedimentos dolorosos. No estudo de Wormald et al. (2015) encontrou-se que estar separado do filho, seguido por não poder alimentá-lo e não poder protegê-lo contra a dor e procedimentos dolorosos constituíram-se os aspectos mais estressantes para os pais. Em contrapartida, no estudo de Chourasia et al. (2013), não poder alimentar o filho e não saber como ajudá-lo durante o tempo de hospitalização na UTIN foram considerados os itens mais estressantes por mães indianas.

A subescala que apresentou o menor nível de estresse foi a “Sons e Imagens” (média=2,26), o que está em consonância com outros estudos realizados em países como Estados Unidos (média=2,37), Espanha (média=2,25), Brasil (média=2,3) e Austrália (média=2,38) (BUSSE et al., 2013; SÁNCHEZ-VERACRUZ et al., 2017; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012; TURNER et al., 2015).

O fato de ver o filho utilizando um respirador e o barulho repentino do alarme dos monitores foram consideradas as situações mais estressantes pelos pais desse estudo na subescala sons e imagens, como também foi observado no estudo de Turner et al. (2015). No estudo de Chourasia et al. (2013), além do uso do ventilador

mecânico, o fato de ter outros bebês doentes na sala também se mostrou uma situação de estresse para as mães.

No que se refere a subescala “Aparência e o Comportamento do Bebê” (média=2,83) foram encontrados achados semelhantes em outros estudos, com médias que variaram de 2,85 a 3,09, indicando um nível de estresse moderado (BUSSE et al., 2013; SÁNCHEZ-VERACRUZ et al., 2017; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012; TURNER et al., 2015). Achado que difere do resultado encontrado por Chourasia et al. (2013), em que as mães apresentaram nesta subescala uma média de 4,10, considerada muito estressante.

Os itens mais estressantes nesta subescala foram “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor” e “Quando meu bebê parecia triste”, o que também é confirmado pelo estudo de Turner et al. (2015). Diferentemente do encontrado por Wormald et al. (2015) que os pais consideraram mais estressantes o fato de ver o filho com dispositivos, como tubos, agulhas e equipamentos e a sua aparência flácida e frágil.

Na escala total, os pais deste estudo apresentaram uma média de 2,86, corroborando com os resultados de outros estudos, que também identificaram um nível geral considerado moderadamente estressante (BUSSE et al., 2013; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012; TURNER et al., 2015; WORMALD et al., 2015).

Com relação ao alfa de Cronbach, neste estudo a PSS: NICU apresentou um valor de 0,92 na métrica 1 e 0,93 na métrica 2. Na subescala “Sons e Imagens”, obteve-se um alfa de 0,77 e 0,78 nas métricas 1 e 2, respectivamente. As subescalas “Aparência e o Comportamento do Bebê” e “Alteração no Papel de Mãe/Pai” apresentaram valores de 0,87 na métrica 1 e 0,88 na métrica 2.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de validação da escala para a população brasileira. Na subescala sons e imagens obteve-se para as métricas 1 e 2, respectivamente, um alfa de 0,84 e 0,80. As subescalas aparência e o comportamento do bebê e alteração no papel de pais apresentaram valores acima de 0,89 nas duas métricas (SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012).

Miles, Funk e Carlson (1993), no estudo de desenvolvimento da PSS: NICU, encontraram para a subescala sons e imagens um alfa de Cronbach de 0,80 na métrica 1 e 0,73 na métrica 2. As subescalas aparência e o comportamento do bebê

e alteração no papel de pais obtiveram valores acima de 0,83 em ambas as métricas.

Também foram encontrados estudos nos Estados Unidos e na Austrália que validaram versões da PSS: NICU com 34 itens. No estudo de Busse et al. (2013), realizado nos Estados Unidos, encontrou-se para a métrica 2 um alfa de 0,74 para a subescala sons e imagens, 0,86 para aparência e o comportamento do bebê e 0,85 para alteração no papel de mãe/pai. O que está em consonância com o estudo da Austrália, em que as subescalas sons e imagens, aparência e o comportamento do bebê e alteração no papel dos pais obtiveram na métrica 2, respectivamente, valores de 0,76, 0,81 e 0,79 (TURNER et al., 2015).

Em uma versão sueca da PSS: NICU encontrou-se um alfa de Cronbach de 0,76 para a subescala sons e imagens nas métricas 1 e 2. A subescala aparência e o comportamento do bebê apresentou um valor de 0,73 e 0,86 nas métricas 1 e 2, respectivamente. E o valor de alfa para alteração no papel de mãe/pai foi de 0,85 na métrica 1 e 0,86 na métrica 2 (MÅNSSON; JAKOBSSON; LUNDQVIST, 2016).

Montiroso et al. (2012) validou uma versão italiana da PSS: NICU, encontrando valores de 0,79 para a subescala sons e imagens, 0,89 para aparência e o comportamento do bebê e 0,82 para alteração no papel de mãe/pai.

A partir desses achados, percebe-se que a PSS: NICU mostra-se um instrumento confiável para identificação dos estressores presentes na UTIN da presente pesquisa e dos demais estudos apresentados, uma vez que os coeficientes de Alfa de Cronbach foram superiores a 0,70.

5.4 ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A *PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT* (PSS: NICU) E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PAIS E DE NASCIMENTO E CLÍNICAS DOS RECÉM-NASCIDOS

Neste subitem serão apresentados os resultados dos fatores associados ao estresse de pais da UTIN, de acordo com as características sociodemográficas destes e de nascimento e clínicas dos seus filhos. A Tabela 7 apresenta a ocorrência de estresse segundo o perfil sociodemográfico dos pais.

Tabela 7 – Ocorrência de estresse segundo o perfil sociodemográfico dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

Variável	Estresse Ausente (<2)		Estresse Presente (≥2)		p
	N	%	N	%	
Sexo*					
Feminino	20	15,7	107	84,3	0,03
Masculino	22	28,6	55	71,4	
Situação conjugal**					
Com companheiro(a)	40	22,5	138	77,5	0,14
Sem companheiro(a)	2	7,7	24	92,3	
Primeiro filho*					
Sim	15	16,1	78	83,9	0,15
Não	27	24,3	84	75,7	
Já teve outro filho internado em UTIN**					
Sim	9	32,1	19	67,9	0,17
Não	33	18,8	143	81,3	
Escolaridade*					
Fundamental incompleto	12	23,5	39	76,5	0,05
Fundamental completo/ Médio incompleto	19	28,8	47	71,2	
Médio completo/Superior incompleto	7	10,0	63	90,0	
Superior completo	4	23,5	13	76,5	
Religião*					
Sim	30	19,6	123	80,4	0,55
Não	12	23,5	39	76,5	
Reside na cidade cenário do estudo*					
Sim	15	16,0	79	84,0	0,13
Não	27	24,5	83	75,5	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson. **Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade de Yates.

De acordo com a Tabela 7, obteve-se associação estatística significativa para a ocorrência de estresse nas variáveis sexo e escolaridade. Observou-se que as mães apresentaram maior percentual para ocorrência de estresse bem como os pais com ensino médio completo/superior incompleto ($p \leq 0,05$). Na Tabela 8 encontra-se

descrita a ocorrência de estresse em pais da UTIN segundo o perfil de nascimento dos RNs.

Tabela 8 – Ocorrência de estresse em pais segundo o perfil de nascimento dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

Variável	Estresse Ausente (<2)		Estresse Presente (≥2)		p
	N	%	N	%	
Idade gestacional*					
Prematuro	32	22,5	110	77,5	0,30
A termo	10	16,1	52	83,9	
Peso ao nascer*					
< 2.500 g	26	20,5	101	79,5	0,96
≥ 2.500 g	16	20,8	61	79,2	
Parto**					
Cesárea	36	21,6	131	78,4	0,62
Vaginal	6	16,2	31	83,8	
Gravidez gemelar***					
Sim	2	12,5	14	87,5	0,32
Não	40	21,3	148	78,7	
Necessidade de reanimação neonatal (N=199)*					
Sim	22	20,8	84	79,2	0,90
Não	20	21,5	73	78,5	
Malformação congênita***					
Sim	3	15,0	17	85,0	0,38
Não	39	21,2	145	78,8	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson. **Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade de Yates.

***Teste Exato de Fisher.

As variáveis de nascimento dos RNs quando relacionadas à PSS: NICU não apresentaram associação estatisticamente significativa. Contudo, percebe-se que o maior percentual encontrado para ocorrência de estresse foi nos pais que tiveram um filho a termo, nascido de parto vaginal, de uma gravidez gemelar e que apresentou malformação congênita ($p>0,05$). A ocorrência de estresse em pais da UTIN segundo o perfil clínico dos RNs encontra-se apresentada na Tabela 9.

Tabela 9 – Ocorrência de estresse em pais segundo o perfil clínico dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital de ensino. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

Variável	Estresse Ausente (<2)		Estresse Presente (≥2)		p
	N	%	N	%	
Terapêutica respiratória**					
Sim	6	12,8	41	87,2	0,19
Não	36	22,9	121	77,1	
Terapêutica intravenosa*					
Sim	21	18,4	93	81,6	0,39
Não	21	23,3	69	76,7	
Sonda gástrica*					
Sim	23	23,7	74	76,3	0,29
Não	19	17,8	88	82,2	
Fototerapia***					
Sim	-	-	4	100,0	0,40
Não	42	21,0	158	79,0	
Procedimento cirúrgico prévio***					
Sim	2	10,0	18	90,0	0,18
Não	40	21,7	144	78,3	
Sedação***					
Sim	-	-	9	100,0	0,12
Não	42	21,5	153	78,5	
Coberturas especiais**					
Sim	7	19,4	29	80,6	1,00
Não	35	20,8	133	79,2	
Sonda vesical***					
Sim	-	-	8	100,0	0,15
Não	42	21,4	154	78,6	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste Qui-Quadrado de Pearson. **Teste Qui-Quadrado com correção de continuidade de Yates.

***Teste Exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 9, não foi encontrada relação estatística significativa entre as variáveis do perfil clínico dos RNs e a ocorrência de estresse em pais da UTIN. Entretanto, verificou-se que todos os pais em que o filho se encontrava em uso de fototerapia, sedação ou sonda vesical apresentaram estresse ($p > 0,05$). Nas Tabelas 10, 11 e 12, estão apresentadas as comparações de médias entre as subescalas da PSS: NICU e as variáveis sociodemográficas dos pais e as de nascimento e clínicas dos RNs.

Tabela 10 – Comparação de médias das variáveis sociodemográficas dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(continua)

Variável	Subescalas da PSS: NICU					
	Sons e imagens		Aparência e o comportamento do bebê		Alteração no papel de mãe/pai	
	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>
Sexo*		0,00		0,01		0,00
Feminino	2,31		3,00		3,68	
Masculino	1,94		2,54		3,11	
Faixa etária**		0,74		0,37		0,45
≤ 18 anos	2,20		2,44		3,56	
19-25 anos	2,15		2,96		3,64	
26-35 anos	2,23		2,83		3,40	
> 35 anos	2,07		2,77		3,25	
Situação conjugal*		0,26		0,99		0,06
Com companheiro(a)	2,15		2,82		3,40	
Sem companheiro(a)	2,33		2,82		3,93	
Número de filhos**		0,69		0,62		0,15
Um filho	2,21		2,82		3,59	
Dois filhos	2,11		2,89		3,46	
Três filhos	2,06		2,61		2,95	
Quatro ou mais filhos	2,36		2,95		3,70	
Já teve outro filho internado em UTIN*		0,43		0,32		0,03
Sim	2,02		2,64		2,95	
Não	2,20		2,85		3,54	

Tabela 10 – Comparação de médias das variáveis sociodemográficas dos pais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(conclusão)

Variável	Subescalas da PSS: NICU					
	Sons e imagens		Aparência e o comportamento do bebê		Alteração no papel de mãe/pai	
	Média	p	Média	p	Média	p
Escolaridade**		0,03		0,09		0,77
Fundamental incompleto	2,10 ^{ab}		2,64		3,50	
Fundamental completo/Médio incompleto	1,99^b		2,69		3,39	
Médio completo/Superior incompleto	2,28 ^{ab}		3,07		3,56	
Superior completo	2,69^a		2,83		3,23	
Religião*		0,11		0,01		0,92
Sim	2,23		2,93		3,47	
Não	1,99		2,49		3,46	
Reside na cidade cenário do estudo*		0,15		0,26		0,94
Sim	2,23		2,71		3,48	
Não	2,13		2,92		3,45	
Estrato sócio econômico**		0,25		0,20		0,22
A	2,08		3,15		4,07	
B1	2,56		3,03		3,47	
B2	2,19		2,68		3,15	
C1	1,98		2,74		3,47	
C2	2,33		3,15		3,75	
D-E	2,05		2,64		3,45	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney. **Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis e Teste Post-Hoc de Dunn se necessário.

Nota: Média ≥ 2 = estresse presente. Médias seguidas pela mesma letra não apresentam diferença estatística entre si.

Tabela 11 – Comparação de médias das variáveis de nascimento dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

Variável	Subescalas da PSS: NICU					
	Sons e imagens		Aparência e o comportamento do bebê		Alteração no papel de mãe/pai	
	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>
Idade gestacional*		0,94		0,07		0,06
Prematuro	2,18		2,73		3,36	
A termo	2,15		3,04		3,71	
Peso ao nascer*		0,47		0,65		0,26
< 2.500 g	2,21		2,80		3,39	
≥ 2.500 g	2,11		2,87		3,58	
Parto*		0,46		0,84		0,56
Vaginal	2,25		2,86		3,55	
Cesárea	2,15		2,82		3,44	
Gravidez gemelar*		1,00		0,67		0,63
Sim	2,27		2,94		3,38	
Não	2,16		2,81		3,47	
Necessidade de reanimação neonatal (N=199)*		0,59		0,29		0,35
Sim	2,19		2,74		3,38	
Não	2,15		2,91		3,57	
Malformação congênita*		0,90		0,73		0,35
Sim	2,27		2,90		3,76	
Não	2,16		2,81		3,43	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Nota: Média ≥ 2 = estresse presente.

Tabela 12 – Comparação de médias das variáveis clínicas dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(continua)

Variável	Subescalas da PSS: NICU					
	Sons e imagens		Aparência e o comportamento do bebê		Alteração no papel de mãe/pai	
	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>
Unidade de internação**		0,57		0,08		0,04
Alto risco	2,25		3,14		3,79^a	
Cuidados intermediários	2,09		2,66		3,40 ^{ab}	
Isolamento	2,33		2,96		3,51 ^{ab}	
Canguru	2,16		2,67		3,04^b	
Dias de internação**		0,61		0,08		0,74
≤ 10 dias	2,12		2,71		3,43	
11-20 dias	2,17		3,07		3,51	
21-30 dias	2,14		2,44		3,26	
> 30 dias	2,61		3,10		3,73	
Terapêutica respiratória*		0,04		0,11		0,18
Sim	2,40		3,06		3,66	
Não	2,10		2,75		3,40	
Tipo de terapêutica respiratória**		0,26		0,56		0,57
Nenhuma	2,10		2,75		3,40	
Cateter nasal	2,21		3,08		3,49	
CPAP	2,48		3,00		4,04	
Ventilação mecânica	2,41		3,03		3,62	

Tabela 12 – Comparação de médias das variáveis clínicas dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(continuação)

Variável	Subescalas da PSS: NICU					
	Sons e imagens		Aparência e o comportamento do bebê		Alteração no papel de mãe/pai	
	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>
Na incubadora	3,16		3,58		3,66	
Terapêutica intravenosa*		0,12		0,24		0,41
Sim	2,26		2,90		3,53	
Não	2,06		2,72		3,37	
Tipo de terapêutica intravenosa**		0,15		0,06		0,02
Nenhuma	2,06		2,72		3,37^b	
Cateter periférico	2,21		2,78		3,47^b	
PICC	2,16		2,80		3,36^b	
Cateter umbilical	2,50		2,62		4,00 ^{ab}	
Dois dispositivos intravenosos	2,80		3,71		4,42^a	
Terapêutica nutricional**		0,88		0,66		0,79
Ausência de dieta	2,50		3,50		4,57	
Via oral	2,15		2,81		3,44	
Via oral e sonda	2,15		2,68		3,57	
Via sonda	2,15		2,76		3,43	
Via parenteral	2,41		3,22		3,77	
Via enteral e parenteral	2,12		2,79		3,29	
Fototerapia*		0,46		0,30		0,54

Tabela 12 – Comparação de médias das variáveis clínicas dos recém-nascidos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, segundo as subescalas da PSS: NICU. Santa Maria, RS, Brasil, 2017 (N=204)

(conclusão)

Variável	Subescalas da PSS: NICU					
	Sons e imagens		Aparência e o comportamento do bebê		Alteração no papel de mãe/pai	
	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>	Média	<i>p</i>
Sim	2,37		3,37		3,92	
Não	2,17		2,81		3,45	
Procedimento cirúrgico prévio*		0,03		0,01		0,28
Sim	2,64		3,50		3,80	
Não	2,12		2,75		3,43	
Sedação*		0,05		0,07		0,64
Sim	2,78		3,49		3,75	
Não	2,14		2,79		3,45	
Coberturas especiais*		0,29		0,53		0,33
Sim	2,32		2,94		3,59	
Não	2,14		2,80		3,44	
Sonda vesical*		0,25		0,18		0,05
Sim	2,54		3,35		4,29	
Não	2,16		2,80		3,43	

Fonte: Dados da pesquisa.

*Teste não-paramétrico de Mann-Whitney. **Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis e Teste Post-Hoc de Dunn se necessário.

Nota: Média ≥ 2 = estresse presente. Médias seguidas pela mesma letra não apresentam diferença estatística entre si.

De acordo com a Tabela 10, foram identificadas algumas variáveis sociodemográficas dos pais com diferença estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), como sexo, internação de outro filho em UTIN, escolaridade e religião.

Em relação ao sexo, as mães apresentaram maiores níveis de estresse nas três subescalas “Sons e imagens” (média=2,31), “Aparência e o comportamento do bebê” (média=3,00) e “Alteração no papel de mãe/pai” (média=3,68). Os pais que não possuíam experiência prévia de internação de um filho em UTIN exibiram maiores níveis de estresse relacionado a subescala “Alteração no papel de mãe/pai” (média=3,54).

No que tange a escolaridade, percebeu-se que os pais apresentaram maiores níveis de estresse na subescala “Sons e imagens”, sendo que na comparação dos grupos, obteve-se diferença estatisticamente significativa entre o fundamental completo/médio incompleto (média=1,99) e o superior completo (média=2,69). Também se identificou que os pais que possuíam religião manifestaram maiores níveis de estresse relacionado a subescala “Aparência e o comportamento do bebê” (média=2,93).

Nas comparações de médias entre as subescalas da PSS: NICU e as variáveis de nascimento dos RNs não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, conforme evidenciado na Tabela 11.

A partir da Tabela 12, é possível perceber variáveis clínicas dos RNs com relação estatística significativa ($p \leq 0,05$), como unidade de internação, terapêutica respiratória, tipo de terapêutica intravenosa, procedimento cirúrgico prévio, sedação e sonda vesical.

Com relação a unidade de internação, encontrou-se maiores níveis de estresse na subescala “Alteração no papel de mãe/pai”. Na comparação dos grupos, observou-se diferença estatística significativa entre a unidade de alto risco (média=3,79) e a unidade canguru (média=3,04). Também se verificou que os pais em que o filho estava fazendo uso de terapêutica respiratória apresentaram maiores níveis de estresse relacionado a subescala “Sons e imagens” (média=2,40). Contudo, na variável tipo de terapêutica respiratória não se obteve relação estatisticamente significativa ($p > 0,05$).

No que tange ao tipo de terapêutica intravenosa, os pais exibiram maiores níveis de estresse na subescala “Alteração no papel de mãe/pai”. Na comparação

entre os grupos, obteve-se diferenças estatisticamente significativas entre nenhuma (média=3,37), cateter periférico (média=3,47) e PICC (média=3,36) com o uso de dois dispositivos intravenosos (média=4,42).

A realização de procedimento cirúrgico prévio estava associada a maiores níveis de estresse nos pais no que se refere às subescalas “Sons e imagens” (média=2,64) e “Aparência e o comportamento do bebê” (média=3,50). Também se identificou maiores níveis de estresse em pais em que o neonato se encontrava em uso de sedação e sonda vesical, nas subescalas “Sons e imagens” (média=2,78) e “Alteração no papel de mãe/pai” (média=4,29), respectivamente.

5.4.1 Discussão

No presente estudo, identificou-se relação estatística significativa entre o estresse e algumas variáveis sociodemográficas dos pais e clínicas dos RNs. Dentre as variáveis sociodemográficas, pode-se citar o sexo, escolaridade, experiência prévia com hospitalização de um filho em UTIN e religião.

Com relação ao sexo, observou-se que as mães apresentaram maior percentual para ocorrência de estresse bem como também as maiores médias nas três subescalas da PSS: NICU, o que corrobora com os estudos de Baía et al. (2016), Matricardi et al. (2013), Wormald et al. (2015) e com os autores Lim, Jayah e Soon (2017), ao citarem que as mães apresentam maiores níveis de estresse quando comparado aos pais. Isso pode ser explicado visto que culturalmente e pelo direito à licença maternidade são as mães que atuam essencialmente no cuidado do filho após o seu nascimento. Assim quando existe a necessidade de hospitalização são elas também que acabam permanecendo a maior parte do tempo ao lado dos filhos, enquanto que os pais, transcorridos os cinco dias de licença paternidade, necessitam voltar as atividades laborais para garantir o sustento da família. Nesse sentido, o trabalho pode ter um efeito protetor sobre o estresse de pais, uma vez que estes não vivem com tanta intensidade o cotidiano de uma UTIN como as mães (BAÍA et al., 2016).

A escolaridade também se mostrou com associação estatística significativa, uma vez que os pais que possuíam ensino médio completo ou superior incompleto apresentaram maiores percentuais para ocorrência de estresse. Além de que na

comparação de médias entre as subescalas e a escolaridade, identificou-se que os pais com ensino superior completo exibiram níveis de estresse superiores aos que possuíam o fundamental completo ou médio incompleto, no que se refere à subescala sons e imagens.

Resultado que é consistente com o estudo de Lim, Jayah e Soon (2017), que encontraram que uma educação de nível terciário está associada a maiores percentuais no nível de estresse médio a alto na subescala aparência e o comportamento do bebê. Esses mesmos autores destacam que os pais mais instruídos podem apresentar maiores níveis de estresse por terem melhor percepção do estado de saúde do filho. Desta forma, quando o RN se encontra em ventilação mecânica, os pais podem associar o fato à uma piora clínica, levando-os a um maior estresse no que se refere a subescala sons e imagens.

Pode-se perceber que a maioria dos pais nunca tiveram outro filho hospitalizado em UTIN, o que justifica os maiores níveis de estresse apresentados por estes na subescala alteração no papel de mãe/pai, visto que possivelmente não esperavam que o filho precisasse ser hospitalizado neste tipo de unidade.

A espiritualidade tem sido apontada por pais e mães como uma estratégia para o enfrentamento da situação de hospitalização de um filho em UTIN, proporcionando sentimentos de força, esperança e conforto para superar este momento tão difícil (OLIVEIRA et al., 2013; SOARES et al., 2015). O que diverge do encontrado neste estudo, uma vez que os pais que possuíam religião manifestaram maiores níveis de estresse na subescala aparência e o comportamento do bebê.

Além das encontradas neste estudo, a literatura evidencia outras variáveis sociodemográficas que se encontram associadas a maiores níveis de estresse em pais de UTINs, como aumento da idade, desemprego ou ser dona de casa, situação conjugal de casado(a) e morar longe do hospital (ALKOZEI; MCMAHON; LAHAV, 2014; MUSABIREMA; BRYSEWICZ; CHIPPS, 2015; TURNER et al., 2015; WORMALD et al., 2015).

As variáveis de nascimento dos RNs quando relacionadas à PSS: NICU bem como na comparação de médias entre as suas subescalas não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Esse achado corrobora com o estudo de Alkozei, McMahon e Lahav (2014), em que variáveis como idade gestacional e peso

ao nascer não se mostraram associadas ao estresse de mães de uma UTIN dos Estados Unidos.

Desta forma, percebe-se que a hospitalização em UTIN já é o suficiente para causar níveis elevados de estresse nos pais, independente do grau de prematuridade e peso ao nascimento. No estudo de Santos et al. (2017), pode-se identificar que as mães percebiam a UTIN como um ambiente em que os RNs se encontram muito graves, com risco iminente de morte, lhes despertando medo, dúvidas e sofrimento perante a possibilidade de o filho não sobreviver.

Com relação às variáveis clínicas do RN, encontrou-se relação estatística significativa entre as médias das subescalas da PSS: NICU com as variáveis unidade de internação, terapêutica respiratória, tipo de terapêutica intravenosa, procedimento cirúrgico prévio, sedação e sonda vesical.

Os pais em que o RN estava internado na unidade de alto risco mostraram-se mais estressados quando comparado aos pais da unidade canguru no que tange a subescala alteração no papel de mãe/pai, o que pode ser resultado das diferenças entre as duas unidades. A unidade canguru trata-se de um ambiente com estrutura física e material que possibilita a permanência da mãe junto do RN nas 24 horas por dia para a realização do método canguru (BRASIL, 2012). Diferentemente da unidade de alto risco em que, muitas vezes, não é dado aos pais nem a oportunidade de segurar ou mesmo tocar o próprio filho, fazendo com que não se sintam efetivamente pai/mãe. Wormald et al. (2015) identificou no seu estudo níveis de estresse mais elevados nos pais que não puderam segurar o filho no colo.

O uso de terapêutica respiratória pelo RN também se mostrou associado a maiores níveis de estresse nos pais na subescala sons e imagens, corroborando com o estudo de Wormald et al. (2015), ao citar que quando o RN estava fazendo uso de suporte respiratório, seja por ventilação mecânica ou CPAP, os pais apresentaram um nível de estresse maior.

Os pais apresentaram níveis de estresse mais elevados na subescala alteração no papel de mãe/pai quando o RN possuía dois dispositivos intravenosos em comparação a nenhum, PICC ou cateter periférico bem como quando o filho estava fazendo uso de sonda vesical. Isso pode ser explicado pelo receio dos pais em tocar ou pegar o RN utilizando tantos dispositivos, uma vez que acreditam que

podem machucá-lo ou até mesmo por um descuido acabar retirando a sonda e/ou o acesso venoso.

Também se observou maiores níveis de estresse nos pais quando o filho necessitou realizar algum tipo de procedimento cirúrgico no que se refere as subescalas sons e imagens e aparência e o comportamento do bebê. O estudo de Diffin et al. (2016), realizado na Austrália, identificou que os pais de RNs submetidos à cirurgia cardíaca relataram maiores níveis de depressão e ansiedade, durante a hospitalização do filho em UTIN e aos 6 e 12 meses de idade corrigida, quando comparado ao grupo controle, que era constituído por pais de RNs a termo, sem qualquer problema de saúde.

O uso de sedação pelo RN também desencadeou um nível de estresse mais elevado nos pais na subescala sons e imagens. Achado que pode estar associado ao fato de que parte dos RNs que se encontram sedados é em virtude do uso da ventilação mecânica, que já se mostrou um fator que contribui para o aumento do estresse em pais de UTINs.

6 CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu, além de conhecer o perfil sociodemográfico dos pais de uma UTIN de um hospital de ensino e o perfil de nascimento e clínico dos seus filhos, também identificar os níveis de estresse destes pais e analisar os fatores associados ao seu estresse.

Dos 204 participantes, pode-se identificar que eram na sua maioria constituídos por mães, da faixa etária dos 26 aos 35 anos, viviam em união estável ou com companheiro(a), possuíam um filho e o ensino médio completo. Eram procedentes da macrorregião centro-oeste do estado e não residiam na cidade cenário do estudo. Pertenciam aos estratos C2 e D-E, o que reflete um baixo nível socioeconômico. A maioria dos pais não possuía experiência anterior com a hospitalização de um filho em UTIN.

Com relação ao perfil de nascimento e clínico dos filhos destes participantes, observou-se que estes eram do sexo masculino, prematuros, com < 2.500 g, nascidos de parto cesáreo e necessitaram de manobras de reanimação neonatal. O principal motivo de internação na UTIN foi o desconforto respiratório. No momento da coleta dos dados, as terapêuticas respiratória, intravenosa e nutricional utilizadas pelos RNs foram, respectivamente, a ventilação mecânica, o PICC e a dieta via oral.

No que se refere aos níveis de estresse, evidenciou-se que a Alteração no Papel de Mãe/Pai foi a subescala em que se identificaram os maiores níveis de estresse nos pais (média=3,49), seguida pela Aparência e o Comportamento do Bebê (média=2,83) e Sons e Imagens (média= 2,26).

As situações consideradas pelos pais como mais estressantes na subescala Alteração no Papel de Mãe/Pai foram “Estar separada(o) do meu bebê” (média=4,00) e “Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos” (média=3,78). Na Aparência e o Comportamento do Bebê, as situações mais estressantes foram “Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor” (média=3,53) e “Quando meu bebê parecia triste” (média=3,45) e na subescala Sons e Imagens, foram “Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê” (média=3,44) e “O barulho repentino do alarme dos monitores” (média=2,58).

O fato de o presente estudo ter encontrado os maiores níveis de estresse na subescala de alteração do papel parental, nos sinaliza para uma assistência que

precisa ser revista, com a implementação de estratégias pelos profissionais das UTINs para minimizar o sofrimento dos pais, tais como: incentivo à participação destes nos cuidados prestados ao RN, fornecimento de informações claras e precisas acerca do estado de saúde e dos procedimentos e dispositivos utilizados pelo filho, construção de materiais educativos que abordem aspectos, rotinas bem como dispositivos e procedimentos comuns de uma UTIN, além de possibilitar que os pais permaneçam durante a realização de procedimentos dolorosos. Mas para que ocorram mudanças na prática, precisa haver, primeiramente, uma sensibilização dos profissionais destas unidades, a fim de que eles reconheçam que a família faz parte do cotidiano assistencial e por isso as suas necessidades também precisam ser atendidas.

A PSS: NICU mostrou-se um instrumento confiável para a identificação de estressores presentes na UTIN deste estudo, com valores de alfa superiores a 0,90 nas métricas 1 e 2. As suas subescalas também apresentaram valores indicativos de consistência interna, entre 0,77 a 0,88. No entanto, acredita-se que esta escala apresenta algumas limitações relacionadas à condição socioeconômica e cultural dos pais, visto que durante a sua aplicação, os pais com menor escolaridade precisaram de maiores esclarecimentos para compreender o seu preenchimento.

Dentre os fatores sociodemográficos associados a maiores níveis de estresse, citam-se sexo feminino, não possuir experiência anterior com UTIN, maior escolaridade e religião. Os fatores clínicos encontrados foram internação na unidade de alto risco, suporte respiratório, uso de dois dispositivos intravenosos, procedimento cirúrgico prévio, sedação e uso de sonda vesical.

Como contribuições do estudo destacam-se a reflexão promovida nos profissionais da UTIN durante a realização do estudo, a confirmação de que a hospitalização de um filho nesta unidade é uma experiência estressante para os pais, a identificação de outros fatores associados ao estresse, que ainda não haviam sido descritos pela literatura, além da ampliação da validação da PSS: NICU no contexto de uma UTIN do Rio Grande do Sul.

Destaca-se que além dos esforços requeridos pelos profissionais das UTINs, também é necessária uma conscientização das próprias instituições hospitalares, uma vez que precisam ser criadas condições favoráveis para que os profissionais possam assistir as famílias dos RNs. Estas incluem a ampliação do quadro de

funcionários, visto que a sobrecarga de trabalho dificulta o cuidado da família, reestruturação das salas de UTINs para promover a consolidação do vínculo, salas de espera com uma ambientação que promova o conforto dos pais e uma reestruturação nas normas e rotinas institucionais.

Além disso, acredita-se que um grupo de pais pode ser uma medida que possa contribuir para a redução do estresse. Nesse sentido, pode-se lançar mão de atividades de extensão, que integrem os profissionais das UTINs e a comunidade acadêmica multiprofissional. Sugere-se também a realização de novos estudos, que avaliem a viabilidade e eficácia das intervenções desenvolvidas em UTINs para redução do estresse de pais, a fim de que possam vir a ser utilizadas posteriormente pelos profissionais atuantes nestas unidades.

Como limitações do estudo apontam-se o fato de este ter sido realizado em uma única UTIN da região central do Rio Grande do Sul e que não abrangeu todos os pais dos RNs internados na unidade no período de coleta dos dados. Assim, os seus achados não podem ser generalizados. Entretanto, destacam-se como potencialidades, o fato do estudo ter sido realizado com uma população considerável, não restrita a um único segmento da UTIN e englobando pais e mães.

Destaca-se que estes resultados serão apresentados aos profissionais da UTIN do presente estudo, a fim de buscar-se uma reflexão destes acerca das suas práticas assistenciais e, assim, promover uma mudança de postura em prol da qualificação do cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABDEYAZDAN, Z. et al. A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 19, n. 4, p. 349-353, July 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25183973>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- ALKOZEI, A.; MCMAHON, E.; LAHAV, A. Stress levels and depressive symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. **Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 27, n. 17, p. 1738-1743, Nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25005861>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v33n2/13.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2018.
- ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. **Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/reanimacao/?page_id=1040>. Acesso em: 22 jan. 2018.
- ANJOS, L. S. dos et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidados após a alta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 571-577, jul./ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a04v65n4.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- ARRUÉ, A. M. et al. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 86-92, jan./abr. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/5947/pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2018.
- BAÍA, I. et al. Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units. **Early Human Development**, v. 101, p. 3-9, Oct. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27393922>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- BALBINO, F. S. et al. Percepção do cuidado centrado na família em unidade neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 1, p. 84-92, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/16340>>. Acesso em: 20 out. 2017.
- BALBINO, F. S.; BALIEIRO, M. M.; MANDETTA, M. A. Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 1-9, Aug. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27508921>>. Acesso em: 22 out. 2017.
- BRAGA, P. P.; SENA, R. R. de. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **Revista de Enfermagem do**

Centro Oeste Mineiro, v. 3, n. 3, p. 899-908, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/442/537>>. Acesso em: 23 set. 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm#adct>. Acesso em: 23 jan. 2018.

_____. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. O DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Estatísticas Vitais. **Nascidos Vivos - 1994 a 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. O DATASUS. **SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/subGrupo.jsp>>. Acesso em: 22 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 14 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 4 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 204 p.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 3. ed. Brasília: MTE, Secretaria de Políticas Públicas de Emprego, 2010. 828 p.

BUSSE, M. et al. Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. **Critical Care Nurse**, v. 33, n. 4, p. 52-59, Aug. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23908169>>. Acesso em: 23 set. 2016.

CARTAXO, L. S. et al. Vivência de mães na unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 551-557, jul./ago. 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a19.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. **The World Factbook 2017**. Washington, DC: Central Intelligence Agency, 2017. Disponível em: <<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CHIEJINA, E. N. et al. Correlates of parental role alteration over their hospitalized infants in NICU. **International Journal of Pure and Applied Sciences and Technology**, v. 23, n. 2, p. 7-15, 2014.

CHOURASIA, N. et al. NICU admissions and maternal stress levels. **Indian Journal of Pediatrics**, v. 80, n. 5, p. 380–384, May 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23180413>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. **Manual de neonatologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. 789 p.

CORRÊA, A. R. et al. As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 629-634, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0629.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2016.

COSTA, P.; SILVA, M. N.; KIMURA, A. F. Intravenous therapy and non-elective removal of epicutaneous catheters: a cohort study of neonates. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 13, n. 2, p. 129-138, June 2014. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4572/pdf_110>. Acesso em: 9 jan. 2018.

DIFFIN, J. et al. Stress and distress in parents of neonates admitted to the neonatal intensive care unit for cardiac surgery. **Early Human Development**, v. 103, p. 101-107, Dec. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27565126>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

FERNANDES, J. N. et al. Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em hospital universitário. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 4, p. 1471-1479, out./dez. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27149/16618>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

FIELD, A. **Descobrimo a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 688 p.

- FINLAYSON, K. et al. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. **Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives**, v. 5, n. 3, p. 119–124, Oct. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25200972>>. Acesso em: 21 out. 2017.
- FONTOURA, F. C. et al. Experiência de ser pai de recém-nascido prematuro internado em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 3, p. 518-525, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a10v12n3.pdf>. Acesso em: 22 set. 2016.
- FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 3, p. 514-521, maio/jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a18.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.
- GONZAGA, I. C. A. et al. Atenção pré-natal e fatores de risco associados à prematuridade e baixo peso ao nascer em capital do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1965-1974, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1965.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- HEALY, P.; FALLON, A. Developments in neonatal care and nursing responses. **The British Journal of Nursing**, v. 23, n. 1, p. 21-24, Jan. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24406492>>. Acesso em: 27 set. 2016.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. 1176 p.
- HOLDITCH-DAVIS, D. et al. Maternally administered interventions for preterm infants in the NICU: effects on maternal psychological distress and mother-infant relationship. **Infant Behavior & Development**, v. 37, n. 4, p. 695–710, Nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25247740>>. Acesso em: 22 out. 2017.
- HUHTALA, M. et al. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. **Early Human Development**, v. 90, n. 3, p. 119-124, Mar. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24418104>>. Acesso em: 22 set. 2016.
- HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. **Departamento de Estatística**. Santa Maria, 2015.
- HUSM. Hospital Universitário de Santa Maria. Informações. Institucional. **Nossa história**. Santa Maria, 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 24 set. 2016.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 - CENSO 2010. **Tabelas - Características da População e dos Domicílios -**

Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=10503&t=resultados>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

ICHIJIMA, E.; KIRK, R.; HORNBLOW, A. Parental support in neonatal intensive care units: a cross-cultural comparison between New Zealand and Japan. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 26, n. 3, p. 206-215, June 2011. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21601144>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

IPFCC. **Institute for Patient and Family Centered Care.** Bethesda/EUA: Institute for Patient - and Family - Centered Care, 2010. Disponível em:

<<http://www.ipfcc.org/faq.html>>. Acesso em: 28 set. 2016.

JOHNSON, B. H. Family-centered care: four decades of progress. **Families, Systems & Health**, v. 18, n. 2, p. 137-156, 2000.

JOHNSON, S. et al. Neurodevelopmental outcomes following late and moderate prematurity: a population-based cohort study. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, v. 100, n. 4, p. 301-308, July 2015. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25834170>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

JOLLEY, J.; SHIELDS, L. The Evolution of Family-Centered Care. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 24, n. 2, p. 164-170, Apr. 2009. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268238>>. Acesso em: 20 out. 2017.

KREY, F. C. et al. Alterações respiratórias relacionadas à prematuridade em terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 6, p. 766-773, nov./dez. 2016. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/6490/4726>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

LAGES, C. D. R. et al. Fatores preditores para admissão do recém-nascido na unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 1, p. 3-11, jan./fev. 2014. Disponível em:

<<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3068/2355>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 192-207, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

LEE, T. Y. et al. The effectiveness of early intervention on paternal stress for fathers of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 5, p. 1085-1095, May 2013. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22813358>>. Acesso em: 22 out. 2017.

LIM, C. J.; JAYAH, K. P.; SOON, L. K. Parental stress and its influencing factors in the neonatal intensive care unit. **International Journal of Public Health and Clinical Sciences**, v. 4, n. 2, p. 55-65, Mar./Apr. 2017. Disponível em:

<<http://publichealthmy.org/ejournal/ojs2/index.php/ijphcs/article/view/398>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

LIMA, S. S. et al. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 2, p. 62-68, 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/732/672>>. Acesso em: 22 set. 2016.

MÅNSSON, C.; JAKOBSSON, U.; LUNDQVIST, P. Translation and psychometric evaluation of a Swedish version of the parental stressor scale PSS: NICU. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 1, p. 193-201, Mar. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25918977>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

MARTINS, E. L. et al. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p. 155-163, jan./abr. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7412/pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

MATRICARDI, S. et al. Mothers are not fathers: differences between parents in the reduction of stress levels after a parental intervention in a NICU. **Acta Paediatrica**, v. 102, n. 1, p. 8–14, Jan. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23072502>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. 676 p.

MENDES, C. Q. S. et al. Prevalência de nascidos vivos com anomalias congênitas no município de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 15, n. 1, p. 7-12, jun. 2015. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-1.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

MILES, M. S.; FUNK, S. G.; CARLSON, J. Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit. **Nursing Research**, v. 42, n. 3, p. 148-152, May/June 1993.

MONTIROSSO, R. et al. Measuring maternal stress and perceived support in 25 Italian NICUs. **Acta Paediatrica**, v. 101, n. 2, p. 136-142, Feb. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21827551>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

MUSABIREMA, P.; BRYSEWICZ, P.; CHIPPS, J. Parents perceptions of stress in a neonatal intensive care unit in Rwanda. **Curatiónis**, v. 38, n. 2, p. 1-8, Dec. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26842090>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

O'BRIEN, K. et al. A pilot cohort analytic study of Family Integrated Care in a Canadian neonatal intensive care unit. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 13, supl. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em:

<<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-S1-S12>>. Acesso em: 23 out. 2017.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 498-505, out./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a05v14n4.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2016.

OLIVEIRA, K. de et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

OLIVEIRA, R. R. de et al. The Growing Trend of Moderate Preterm Births: An Ecological Study in One Region of Brazil. **PloS one**, v. 10, n. 11, p. 1-11, Nov. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631340/>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

PACHECO, S. T. A. et al. Cuidado centrado na família: aplicação pela enfermagem no contexto da criança hospitalizada. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 21, n. 1, p. 106-112, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6443/4584>>. Acesso em: 26 set. 2016.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PIESZAK, G. M. et al. Caracterização de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino - 2002-2006. **Revista Saúde**, v. 39, n. 2, p. 141-148, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/8160/pdf_1>. Acesso em: 9 jan. 2018.

RANGEL, R. J. M. et al. Cateter central de inserção periférica em neonato: revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 4, p. 5193-5202, out. 2016.

ROCHA, G. et al. Stress e satisfação das mães em cuidados intensivos neonatais. **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, supl. 2, p. 157-166, 2011. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1514/1099>>. Acesso em: 23 set. 2016.

RODRIGUES, L. S. et al. Características das crianças nascidas com malformações congênitas no município de São Luís, Maranhão, 2002-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 295-304, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n2/1679-4974-ress-23-02-00295.pdf>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 372-377, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2016.

SÁNCHEZ-VERACRUZ, M. J. et al. Relación entre el grado de satisfacción y el nivel de estrés identificado en padres y madres con hijos ingresados en una unidad de cuidado intensivo neonatal. **Enfermería Global**, v. 16, n. 47, p. 270-280, jul. 2017. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/256061/213061>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SANTOS, L. F. et al. Forças que interferem na maternagem em unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. 1-10, set. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e1260016.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-992, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103133/101489>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 731-739, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SCHAPPIN, R. et al. Rethinking stress in parents of preterm infants: a meta-analysis. **PloS one**, v. 8, n. 2, p. 1-19, Feb. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23405105>>. Acesso em: 24 set. 2016.

SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. 2. ed. São Paulo: Ibrasa, 1959. 351 p.

SILVA, C. C. et al. Assistência de enfermagem a familiares de recém-nascidos em unidade de terapia intensiva neonatal: revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 12, n. 4, p. 804-812, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22550/pdf_102>. Acesso em: 23 set. 2016.

SILVA, C. F. da et al. Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em Unidades Neonatais de Alto Risco no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 355-368, fev. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0355.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SOARES, R. L. S. F. et al. Ser pai de recém-nascido prematuro na unidade de terapia intensiva neonatal: da parentalidade a paternidade. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 409-416, set. 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0409.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

SOUZA, S. R. **Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)**. 2009. 125 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2009.

SOUZA, S. R.; DUPAS, G.; BALIEIRO, M. M. F. G. Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 171-176, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a03v25n2.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

SRINIVASJOIS, R. et al. Association of gestational age at birth with reasons for subsequent hospitalisation: 18 years of follow-up in a western Australian population study. **PloS one**, v. 10, n. 6, p. 1-11, June 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26114969>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

TOWNSEL, C. D. et al. Gender differences in respiratory morbidity and mortality of preterm neonates. **Frontiers in Pediatrics**, v. 5, p. 1-6, Jan. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28194395>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

TURAN, T.; BASBAKKAL, Z.; OZBEK, S. Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, v. 17, n. 21, p. 2856- 2866, Nov. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18637857>>. Acesso em: 22 set. 2016.

TURNER, M. et al. The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale - Neonatal Intensive Care Unit. **Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives**, v. 28, n. 3, p. 252-258, Sept. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956972>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

USYNINA, A. A. et al. Maternal risk factors for preterm birth in Murmansk County, Russia: a registry-based study. **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, v. 30, n. 5, p. 462–472, Sept. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27225064>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

VERONEZ, M. et al. Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, p. 1-8, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170260911.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

WELCH, M. G. et al. Depression and anxiety symptoms of mothers of preterm infants are decreased at 4 months corrected age with Family Nurture Intervention in the NICU. **Archives of Women's Mental Health**, v. 19, n. 1, p. 51-61, Feb. 2016. Disponível: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25724391>>. Acesso em: 23 out. 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm birth**. Fact sheet N° 363, Nov. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

WORMALD, F. et al. Estrés en padres de recién nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicéntrico. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v. 113, n. 4, p. 303-309, agosto 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v113n4/v113n4a05.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2018.

WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: guia para avaliação e intervenção na família**. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012. 365 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MANUAL DO COLETADOR

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enf^a Jaquiele Jaciára Kegler.

MANUAL DO COLETADOR

1. Orientações gerais

Participantes: O pai e a mãe de recém-nascidos (RNs) internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Critérios para a inclusão de participantes:

- Ter visitado o filho pelo menos três vezes antes da coleta dos dados;
- RN estar internado pelo menos cinco dias na UTIN.

Critérios para a exclusão de participantes:

- RNs que estiverem em processo de doação;
- RNs que internarem diretamente na Unidade Canguru.

Abordagem ao participante:

Abordar o participante de forma cordial, abordando os seguintes passos:

- Apresentação do coletador;
- Explicação da pesquisa, com apresentação do objetivo geral e a forma de operacionalização desta. Em um primeiro momento, a coletadora irá realizar perguntas a fim de preencher o instrumento do perfil sociodemográfico do pai/mãe, tais como: data de nascimento, número de filhos, escolaridade, religião, local de residência. Em seguida, a escala será entregue para que seja preenchida pelo participante. Nesta escala, constam situações relacionadas a internação do bebê na UTIN (bebê ter usado sonda, ter nascido pequeno, estar utilizando algum tipo de dispositivo intravenoso) para que seja assinalado o quanto aquela situação foi estressante para o participante.
- Mediante o aceite, entrega-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando que se trata de um documento em que constam todas as informações referentes ao estudo. Solicita-se ao participante que faça a leitura e, em caso de dúvidas, estas devem ser respondidas pelo coletador. Após leitura do TCLE e anuência do participante, solicita-se a assinatura na via do pesquisador e entrega-se

a outra via para o participante. Destaca-se que nos casos de participantes menores de 18 anos deverá ser utilizado o termo de assentimento com estes e o TCLE com os seus pais/responsáveis legais.

2. Orientações para o preenchimento do instrumento – Perfil sociodemográfico do pai/mãe (Bloco A)

Página 1

- Preencher o cabeçalho com o nome do entrevistador, data da entrevista e número do instrumento.
- As variáveis deste instrumento serão preenchidas de acordo com as respostas do participante.
 - A1 – Data de nascimento: colocar a data de nascimento do participante.
 - A2 – Sexo: assinalar se feminino ou masculino.
 - A3 – Situação conjugal: perguntar ao participante se ele é casado, vive em união estável/vive com companheiro, solteiro, separado/divorciado ou viúvo.
 - A4 – Número de filhos: perguntar ao participante o número de filhos que ele possui. Considerar o filho que está hospitalizado na UTIN.
 - A5 – Já teve outro filho internado na UTIN: assinalar sim ou não. Se o filho que está hospitalizado na UTIN for o primeiro filho do participante, assinalar não. Se o participante tiver mais filhos, questioná-lo se algum destes também necessitou de hospitalização em UTIN.
 - A6 – Qual o tempo de internação deste outro filho (preencher somente se a resposta da A5 for sim): perguntar ao participante quantos dias este outro filho ficou hospitalizado em UTIN.
 - A7 – Qual a situação atual deste outro filho (preencher somente se a resposta da A5 for sim): assinalar vivo ou óbito.
 - A8 – Raça/cor da pele: perguntar ao participante se este se considera branco, preto, pardo (moreno/mulato), amarelo (oriental) ou indígena.
 - A9 – Escolaridade: perguntar ao participante até que ano escolar ele estudou e, a partir disso, assinalar fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto ou superior completo.
 - A10 – Ocupação: perguntar ao participante se ele trabalha. Se a resposta for sim, perguntar no quê. No caso de participante do sexo feminino, pode-se perguntar se trabalha ou se é do lar.
 - A11 – Religião: perguntar ao participante se ele possui religião e, a partir da resposta, assinalar católica, evangélica, espírita, protestante, sem religião ou outro. No caso de marcar a opção outro é necessário especificar qual é a religião. Nesta variável é possível assinalar mais de uma opção.

Página 2

- A12 – Local de residência: perguntar a cidade de residência do participante.

- Para preencher o questionário referente a classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) seguir as recomendações abaixo:

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral:

Devem ser considerados todos os bens que estão dentro do domicílio em funcionamento (incluindo os que estão guardados) independente da forma de aquisição: compra, empréstimo, aluguel, etc. Se o domicílio possui um bem que emprestou a outro, este não deve ser contado pois não está em seu domicílio atualmente. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esqueça de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Note bem: o termo empregado mensalista se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (pessoal e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablets, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD

Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores. Não considere DVD de automóvel.

Micro-ondas

Considerar forno micro-ondas e aparelho com dupla função (de micro-ondas e forno elétrico).

Motocicleta

Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais. Motocicletas apenas para uso pessoal e de uso misto (pessoal e profissional) devem ser consideradas.

Secadora de roupas

Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como uma secadora.

- Inicialmente, deve-se ler ao participante o cabeçalho do instrumento, para que este entenda que devem ser incluídos todos os eletroeletrônicos que estão funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, apenas serão incluídos se o participante tiver a intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.
- Em seguida, o coletador deve ler cada um dos itens para que o participante responda se possui ou não e, a partir da resposta, deve-se assinalar uma das opções, as quais sejam: não possui, 1, 2, 3 ou 4+.
- Questiona-se ao participante se a água utilizada no seu domicílio é proveniente da rede geral de distribuição, de poço/nascente ou de outro meio.
- Questiona-se ao participante se o trecho da rua em que reside é asfaltada/pavimentada ou terra/cascalho.
- Por fim, questiona-se ao participante até que ano escolar o chefe da família estudou, explicando que se considera como chefe da família aquela pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio. A partir da resposta, o coletador deve assinalar: Analfabeto/Fundamental I incompleto; Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto; Fundamental completo/Médio incompleto; Médio completo/Superior incompleto; ou Superior completo. Destaca-se que o fundamental I compreende o período do 1º ao 5º ano (até 4ª série) e fundamental II do 6º ao 9º ano (da 5ª até 8ª série).

3. Orientações para o preenchimento do instrumento – Perfil clínico do recém-nascido (Bloco B)

- As variáveis deste instrumento serão preenchidas mediante os dados encontrados no prontuário médico e a partir das respostas do profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está prestando os cuidados ao RN no turno que ocorreu a coleta de dados.
 - B1 – Data de nascimento: colocar a data de nascimento do RN. Esta informação encontra-se na parte superior da nota de internação.
 - B2 – preencher com a unidade na qual o RN está internado, quais sejam: Unidade de Alto Risco, Unidade de Cuidados Intermediários, Unidade de Isolamento ou Unidade Canguru.

Página 3

- B3 – Dias de internação: colocar quantos dias o RN encontra-se internado na UTIN. O coletador deve contar a partir da data de internação até a data da coleta de dados.

- B4 – Sexo: assinalar se o RN é do sexo feminino ou masculino. Esta informação encontra-se na parte superior da nota de internação.
- B5 – Idade Gestacional: colocar a idade gestacional (IG) obtida a partir do Capurro, que se encontra na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM), na parte das observações. Na falta desta folha, colocar a IG encontrada na nota de internação, na parte do exame físico. Na falta da IG obtida a partir do Capurro, colocar a do ultrassom, que se encontra na nota de internação, na parte dos dados maternos.
- B6 – Peso ao nascer: colocar o peso de nascimento. Esta informação encontra-se na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM), na parte do exame físico imediato. Na falta desta, colocar o peso encontrado na nota de internação, desde que seja do nascimento. Se o RN tiver nascido em outro hospital, o peso de nascimento pode, ainda, estar em alguma outra folha, como de transferência.
- B7 – Parto: assinalar se foi vaginal ou cesárea. Esta informação encontra-se na nota de internação ou na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM).
- B8 – Gravidez gemelar: assinalar sim ou não. Esta informação encontra-se na nota de internação ou na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM).
- B9 – Intercorrências ao nascer: assinalar sim ou não. Se sim, especificar o tipo de intercorrência, considerando necessidade de O2+máscara, O2+VPP, entubação, massagem cardíaca, uso de drogas, fraturas, tocotraumas, hematomas. Esta informação encontra-se na nota de internação e na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM).
- B10 – Apgar 1º min e 5º min: preencher com o apgar do 1º e do 5º minuto. Esta informação encontra-se na nota de internação ou na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM).
- B11 – Motivo da internação: colocar o motivo de internação do RN na UTIN. Esta informação encontra-se na nota de internação, na parte superior.
- B12 – Terapêutica respiratória: assinalar nenhuma, cateter nasal, CPAP ou ventilação mecânica. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados.
- B13 – Terapêutica intravenosa: assinalar nenhuma, cateter periférico, cateter venoso central, PICC ou cateter umbilical. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados. Destaca-se que pode ser marcada mais de uma opção.

- B14 – Terapêutica nutricional: assinalar ausência de dieta, dieta via oral, dieta via oral/sonda, dieta sonda ou dieta parenteral. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados. Destaca-se que pode ser marcada mais de uma opção.
- B15 – Uso de fototerapia: assinalar sim ou não. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados.
- B16 – Malformação congênita: assinalar sim ou não. Esta informação encontra-se na folha de recepção RN no centro obstétrico (nascimento no HUSM), na nota de internação ou na folha de evolução diária, no item dos diagnósticos do RN. Desconsiderar as malformações não confirmadas, ou seja, as que se encontram ainda sob investigação, exceto a Síndrome de Down.
- B17 – Procedimento cirúrgico prévio: assinalar sim ou não. Se sim, especificar qual o procedimento cirúrgico realizado. Consideram-se os procedimentos cirúrgicos que foram realizados antes da coleta de dados. Esta informação encontra-se em folhas do bloco cirúrgico e na folha de evolução diária, no item dos diagnósticos do RN.
- B18 – Sedação: assinalar sim ou não. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados.
- B19 – Dreno: assinalar sim ou não. Se sim, especificar qual o tipo de dreno. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados.
- B20 – Coberturas especiais: assinalar sim ou não. Se sim, especificar qual o tipo de cobertura, considerando hidrocoloide, adaptic, biatain. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados.
- B21 – Sonda vesical: assinalar sim ou não. Esta informação deve ser preenchida logo após realizada a coleta de dados com o participante e a partir da resposta fornecida pelo profissional de enfermagem (enfermeiro ou técnico de enfermagem) que está cuidando do RN no turno que foi realizada a coleta de dados.

4. Orientações quanto ao preenchimento da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU)

- O preenchimento deve ser realizado pelo participante, exceto pelos não alfabetizados e os que apresentem algum tipo de problema visual que dificulte ou impossibilite a leitura da PSS: NICU. Nesses casos, a escala será aplicada em forma de entrevista.
- Explicar ao participante:
 - Na Página 1, no primeiro parágrafo é explicado o conceito de estresse. Na sequência, tem-se um quadro com instruções de preenchimento, em que constam os números e o respectivo nível de estresse que representam.
 - Na Página 2, tem-se a continuidade das instruções. Não é necessário preencher os itens que se encontram no quadro, uma vez que se tratam de exemplos para facilitar a compreensão acerca do preenchimento da escala.
 - A partir da frase “Comece agora” que se deve iniciar o preenchimento. O participante deverá circular um número ou a opção NA para cada item da escala. Ao final de cada página (3), tem-se uma legenda, que apresenta o número e o respectivo nível de estresse, sendo “1” de não estressante, “2” de pouco estressante, “3” de moderadamente estressante, “4” de muito estressante e “5” de extremamente estressante. Além de escolher um número (1 a 5), o participante pode optar pela opção “NA” de não se aplica, nos casos de não ter passado pela situação descrita ou não ter observado o item em questão.
 - A coletadora permanecerá junto ao participante para o esclarecimento de eventuais dúvidas acerca do preenchimento da PSS: NICU.
 - Após preenchida a escala, o coletador deve conferir se em todos os itens foi circulada uma das opções bem como não foi circulada mais de uma. No caso de mais de uma opção assinalada, deve-se mostrar ao participante e questionar qual seria a opção válida, solicitando que seja feito um X naquela que não está correta.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Profª Enfª Drª Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enfª Jaquiele Jaciára Kegler.

Entrevistador: _____	
Data da entrevista: ___/___/___	
Nº instrumento: _____	
BLOCO A - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO PAI/MÃE	
A1. Data de nascimento: ___/___/___	A1 ___ ___ _____
A2. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	A2 ___
A3. Situação conjugal: (1) Casado(a) (4) Separado(a)/Divorciado(a) (2) União estável/vive com companheiro(a) (5) Viúvo(a) (3) Solteiro(a)	A3 ___
A4. Número de filhos: _____	A4 ___
A5. Já teve outro filho internado na UTIN: (1) Sim (2) Não (pule para a A8)	A5 ___
A6. Qual o tempo de internação deste outro filho: _____ dias	A6 _____
A7. Qual a situação atual deste outro filho: (1) Vivo (2) Óbito	A7 ___
A8. Raça/Cor da pele: (1) Branca (4) Amarela (oriental) (2) Preta (5) Indígena (3) Parda (morena/mulata)	A8 ___
A9. Escolaridade: (1) Fundamental Incompleto (4) Médio Completo (2) Fundamental Completo (5) Superior Incompleto (3) Médio Incompleto (6) Superior Completo	A9 ___
A10. Ocupação: _____	A10 ___
A11. Religião: (1) Católica (4) Protestante (2) Evangélica (5) Sem religião (3) Espírita (6) Outro _____	A11 ___

A12. Local de residência: _____	A12 __ __
---------------------------------	-----------

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado. Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	QUANTIDADE QUE POSSUI			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					
A água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
	Rede geral de distribuição				
	Poço ou nascente				
	Outro meio				
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:					
	Asfaltada/Pavimentada				
	Terra/Cascalho				
Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.					
	Analfabeto/Fundamental I incompleto				
	Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto				
	Fundamental completo/Médio incompleto				
	Médio completo/Superior incompleto				
	Superior completo				

BLOCO B - PERFIL CLÍNICO DO RECÉM-NASCIDO	
B1. Data de nascimento: ___/___/___	B1 __ __ __ __ __ __ __ __
B2. (1) Unidade de Alto Risco (2) Unidade de Cuidados Intermediários	(3) Unidade de Isolamento (4) Unidade Canguru B2 __

B3. Dias de internação: _____	B3 ____
B4. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino	B4 __
B5. Idade Gestacional: ____ sem ____ dias	B5 ____ sem ____ dias
B6. Peso ao nascer: _____	B6 ____
B7. Parto: (1) Vaginal (2) Cesárea	B7 __
B8. Gravidez Gemelar: (1) Sim (2) Não	B8 __
B9. Intercorrências ao nascer: (1) Sim. Qual _____ (2) Não	B9 __
B10. Apgar: (a) 1º min _____ (b) 5º min _____	B10 (a) __ (b) __
B11. Motivo da internação: _____	B11 ____
B12. Terapêutica respiratória: (1) Nenhuma (2) Cateter nasal (3) CPAP (4) Ventilação mecânica	B12 __
B13. Terapêutica intravenosa: (1) Nenhuma (2) Cateter Periférico (3) Cateter Venoso Central (4) PICC (5) Cateter Umbilical	B13 __
B14. Terapêutica nutricional: (1) Ausência de dieta (2) Dieta via oral (3) Dieta via oral/sonda (4) Dieta sonda (5) Dieta Parenteral	B14 __
B15. Uso de fototerapia: (1) Sim (2) Não	B15 __
B16. Malformação congênita: (1) Sim (2) Não	B16 __
B17. Procedimento cirúrgico prévio: (1) Sim. Qual _____ (2) Não	B17 __
B18. Sedação: (1) Sim (2) Não	B18 __
B19. Dreno: (1) Sim. Qual _____ (2) Não	B19 __
B20. Coberturas especiais: (1) Sim. Qual _____ (2) Não	B20 __
B21. Sonda vesical: (1) Sim (2) Não	B21 __

APÊNDICE C - RELATO DE EXPERIÊNCIA INTITULADO “USO DA PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU): RELATO DE EXPERIÊNCIA”, APRESENTADO NO VII CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA E NEONATAL

PT.542

USO DA PARENTAL STRESS SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kegler JJ¹, Neves ET¹, Silveira A¹ - ¹Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Enfermagem

Introdução: A *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) foi traduzida, adaptada e validada para a população brasileira por Souza em 2009, tendo por base a versão original, na língua inglesa, desenvolvida por Miles, Funk e Carlson em 1993. Esta escala objetiva avaliar o estresse vivenciado por pais de recém-nascidos (RNs) em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). **Objetivo:** Relatar a vivência da utilização da *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU) como instrumento de coleta de dados. **Método:** Relato de experiência acerca da utilização da PSS: NICU na coleta dos dados do projeto de dissertação de mestrado intitulado “Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido com pais e mães de RNs de uma UTIN de um hospital público. Os dados estão sendo coletados desde janeiro de 2017, utilizando, além da escala, dois instrumentos de caracterização – sociodemográfica do pai/mãe e clínica do RN. **Resultados:** No presente estudo, a PSS: NICU foi preenchida pelo pai/mãe, exceto pelos não alfabetizados e que possuíam algum problema de visão. Enquanto o pai/mãe preenchia a escala, a pesquisadora permaneceu junto para o esclarecimento de dúvidas. Em geral, o preenchimento foi feito sem questionamentos, em um tempo médio de dez minutos. Destaca-se que os pais com menor escolaridade precisaram de esclarecimentos para compreender o preenchimento da escala. **Conclusões:** A partir dessa vivência, conclui-se que a PSS: NICU pode ser utilizada como ferramenta para a identificação dos estressores presentes na UTIN, porém com algumas limitações relacionadas à condição socioeconômica e cultural, que influencia diretamente esta aplicação. **Contribuições/implicações para enfermagem:** Desta forma, mediante uma medida objetiva do nível de estresse e dos estressores presentes nas UTINs, os profissionais podem buscar estratégias para a minimização destes e, assim, prestar um cuidado centrado na família.

Descritores: Estresse Psicológico. Pais. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)¹

Título do estudo: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Enf^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enf^ª Jaquiele Jaciára Kegler.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 3220-8938. Avenida Roraima, n. 1000, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Prezado(a) Senhor(a)

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta entrevista de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em responder as perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma interferência nos cuidados prestados a seu filho durante a internação.

Objetivo do estudo: Analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Forma de participação: A sua participação acontecerá por meio de entrevista em que será preenchido o questionário do perfil sociodemográfico dos pais bem como será entregue a você um instrumento em que constam descritas situações relacionadas a hospitalização do seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, para que seja assinalado o quanto aquela situação foi estressante para você.

¹Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFMSM – Cidade Universitária – Bairro Camobi, Av. Roraima, nº 1000 - CEP: 97.105-900, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. Email: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/cep

Riscos: Referem-se ao desvelamento de sentimentos e percepções que podem gerar algum desconforto aos participantes, em virtude das situações descritas no instrumento de coleta dos dados. Nesses casos, assegura-se que a coleta dos dados pode ser interrompida e/ou, conforme o caso, suspensa, sem ônus algum ao participante. E ainda, a pesquisadora mestranda pode encaminhar o participante para atendimento com a psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Benefícios: Serão indiretos, contribuindo para o conhecimento científico sobre o estresse dos pais diante da hospitalização do filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal bem como para melhorar a assistência prestada à família do recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores do estudo. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados para fins acadêmicos. Todos os dados ficarão em um banco de dados e poderão ser usados em estudos futuros, sendo guardados em arquivo por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves, na sala 1336 do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, situada na Avenida Roraima, n. 1000, Prédio 26. Bairro Camobi. Santa Maria – RS. CEP: 97105-900. Após este período, os dados serão destruídos. O anonimato dos participantes do estudo será preservado por meio da adoção de códigos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa e autorizo os pesquisadores do estudo a fazerem uso das produções geradas durante a aplicação deste projeto de pesquisa bem como a publicar seus resultados em eventos, jornais e revistas, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20_____.

Assinatura do pesquisador responsável

Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves

Assinatura do participante

¹Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Cidade Universitária – Bairro Camobi, Av. Roraima, n° 1000 - CEP: 97.105-900, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. Email: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Assentimento¹

Título do estudo: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enf^a Jaquiele Jaciára Kegler.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato (inclusive a cobrar) e endereço postal completo: (55) 3220-8938. Avenida Roraima, n. 1000, prédio 26, sala 1336. Cidade Universitária, Bairro Camobi. CEP: 97105-900 - Santa Maria (RS), Brasil.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”. Declaro que a pesquisadora Jaquiele Jaciára Kegler me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa, eu que decido se quero ou não participar. A pesquisadora me explicou que este estudo tem por objetivo analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Entendi também que a minha participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas para o preenchimento do questionário do perfil sociodemográfico dos pais bem como preencher um instrumento em que constam descritas situações relacionadas a hospitalização do meu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, em que é solicitado para que eu assinale o quanto cada situação foi estressante para mim e, que estas informações somente serão acessadas pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo. Dessa forma, concordo livremente em participar da pesquisa, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar, assinando este termo em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria _____, de _____ de 20 ____.

Assinatura do pesquisador responsável
Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves

Assinatura do participante ou impressão
dactiloscópica

Assinatura do Responsável pela obtenção do TCLE

¹Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM – Cidade Universitária – Bairro Camobi, Av. Roraima, nº 1000 - CEP: 97.105-900, Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55) 3220-8009. Email: cep.ufsm@gmail.com. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE F – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Termo de Confidencialidade dos dados

Título do estudo: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^ª Enf^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enf^ª Jaquiele Jaciára Kegler.

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone para contato: (55) 3220-8938.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de prontuário, questionário e *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS: NICU), na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, no período de janeiro a julho de 2017.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente para execução da presente pesquisa e para a formação de um banco de dados. As informações somente serão divulgadas de forma anônima bem como serão mantidas no seguinte local: Universidade Federal de Santa Maria, Avenida Roraima, n. 1000, prédio 26, Departamento de Enfermagem, sala 1336, CEP: 97105-900. Bairro Camobi. Santa Maria - RS, por um período de cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora responsável Prof^ª Enf^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria em __/__/__, com o número de registro CAAE: _____.

Santa Maria, 25 de novembro de 2016.

Eliane Neves

Prof^ª Enf^ª Dr^ª Eliane Tatsch Neves

Pesquisadora responsável

ANEXOS

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS – PARENTAL STRESS
SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU)**

1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Pesquisa: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enf^a Jaquiele Jaciara Kegler.

Entrevistador: _____
Data da entrevista: ___/___/___
Nº instrumento: ___ ___ ___

Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal PSS: NICU¹

Estresse significa experiências que causam ansiedade, tristeza e tensão. Nós gostaríamos de saber quais são os aspectos que causam estresses nos pais que tem um bebê internado nesta unidade e o quanto a U.T.I. Neonatal é estressante para você.

Instruções de preenchimento

Por favor faça um círculo no número que represente o quanto estressante cada item listado foi para você.

Os números representam:

1 = Não foi estressante: a experiência de ter meu bebê na UTI neonatal não me perturbou, não me fez ficar tensa(o) nem ansiosa(o).

2 = Um pouco estressante.

3 = Moderadamente estressante.

4 = Muito estressante.

5 = Extremamente estressante: a experiência de ter meu bebê na UTI neonatal me perturbou e causou muita ansiedade e tensão.

¹Versão traduzida, adaptada e validada para a população brasileira de Souza (2009)

Atenção: Se você não passou por alguma situação abaixo, apenas circule **NA** (não se aplica) que significa que esta situação não aconteceu ou não está acontecendo com você neste momento.

Exemplo:

Se você acha que a presença de monitores é extremamente estressante para você, circule o número 5:

1.....2.....3.....4.....**5**.....NA

Se a presença de monitores não causam nenhum estresse em você, circule o número 1.

1.....2.....3.....4.....5.....NA

Se o seu filho não está com nenhum monitor ou equipamento, circule NA:

1.....2.....3.....4.....5.....**NA**

Comece agora:

Veja abaixo uma lista de vários sons e imagens comuns a uma UTI neonatal. Gostaríamos de saber quanto eles lhe afetam. Circule o número que melhor representa seu nível de estresse.

SONS E IMAGENS

1. A presença de monitores e equipamentos	1	2	3	4	5	NA
2. O barulho constante de monitores e equipamentos	1	2	3	4	5	NA
3. O barulho repentino do alarme dos monitores	1	2	3	4	5	NA
4. Os outros bebês doentes na sala	1	2	3	4	5	NA
5. O grande número de pessoas trabalhando na unidade	1	2	3	4	5	NA
6. Ver uma máquina (respirador) respirar pelo meu bebê	1	2	3	4	5	NA

Nível de estresse

1 – não estressante 2 – um pouco estressante 3 – moderadamente estressante
 4 – muito estressante 5 – extremamente estressante NA – não se aplica

A seguir há uma lista de itens que podem descrever a APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO do seu bebê enquanto você visita a UTI e alguns TRATAMENTOS que você observou serem aplicados a ele. Nem todos os bebês passaram por essas experiências ou têm essa aparência. Circule **NA** se você não passou pela experiência ou observou o item em questão. Se o item reflete algo por que você já passou, indique quanto isso lhe afetou circulando o número apropriado.

APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO DO BEBÊ

1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele	1	2	3	4	5	NA
2. Áreas machucadas, cortes ou lesões no meu bebê	1	2	3	4	5	NA
3. A cor anormal do meu bebê (por exemplo: pálido ou amarelado)	1	2	3	4	5	NA
4. Respiração incomum ou anormal do meu bebê	1	2	3	4	5	NA
5. O tamanho pequeno do meu bebê	1	2	3	4	5	NA
6. A aparência enrugada do meu bebê	1	2	3	4	5	NA
7. Ver agulhas e tubos no meu bebê	1	2	3	4	5	NA
8. Meu bebê ser alimentado pela veia ou por um tubo	1	2	3	4	5	NA
9. Quando o meu bebê parecia estar sentindo dor	1	2	3	4	5	NA
10. Quando meu bebê parecia triste	1	2	3	4	5	NA
11. A aparência flácida e frágil do meu bebê	1	2	3	4	5	NA
12. Movimentos agitados e inquietos do meu bebê	1	2	3	4	5	NA
13. Meu bebê não ser capaz de chorar como os outros bebês	1	2	3	4	5	NA

Nível de estresse

1 – não estressante

2 – um pouco estressante

3 – moderadamente estressante

4 – muito estressante

5 – extremamente estressante

NA – não se aplica

A última área sobre a qual desejamos fazer perguntas diz respeito a como você se sente quanto à sua **RELAÇÃO** com o bebê e seu **PAPEL DE MÃE/PAI**. Se você já passou pelas situações ou experimentou os sentimentos listados abaixo, indique o nível de estresse circulando um número. Se não, circule NA.

ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI

1. Estar separada(o) do meu bebê	1	2	3	4	5	NA
2. Não alimentar eu mesma(o) o meu bebê	1	2	3	4	5	NA
3. Não poder cuidar eu mesma(o) do meu bebê (por exemplo trocar fraldas, dar banho)	1	2	3	4	5	NA
4. Não poder segurar meu bebê quando quero	1	2	3	4	5	NA
5. Sentir-se desamparada(o) e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos	1	2	3	4	5	NA
6. Sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo	1	2	3	4	5	NA
7. Não ter tempo para estar sozinha(o) com o meu bebê	1	2	3	4	5	NA

Nível de estresse

1 – não estressante	2 – um pouco estressante	3 – moderadamente estressante
4 – muito estressante	5 – extremamente estressante	NA – não se aplica

**ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA PARENTAL STRESS
SCALE: NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT (PSS: NICU)**

Re: Autorização para utilização da escala PSS: NICU



Sandra Souza [Adicionar aos contatos](#) 13/09/2016 ▶

Para: jake kegler ✉

Ola Jaquiele, como vai você?

Parabens pela aprovação no mestrado.

Você esta autorizada a utilizar a escala PSS:NICU na lingua portuguesa.

Caso você necessite de um documento formal, me envie que eu assino, ok?

Se eu demorar a responder me "cobre" pois estou super ocupada e as vezes nem checo meus e-mails.

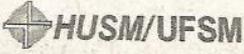
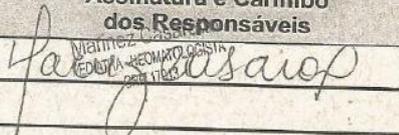
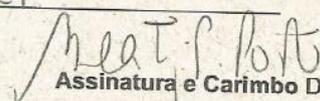
Só peço que quando terminar o mestrado, vc me envie a cópia de seu trabalho, ok?

Desejo a você muito sucesso nessa nova jornada.

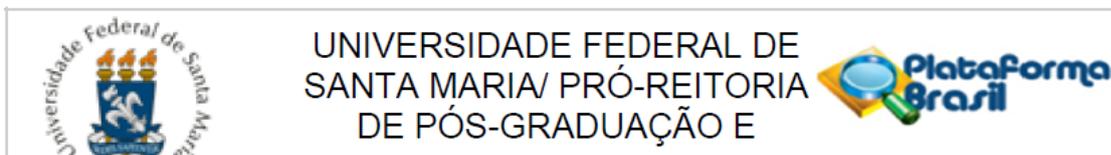
Grande abraço

Sandra Regina de Souza

**ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA**

		Universidade Federal de Santa Maria Hospital Universitário de Santa Maria Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	
REGISTRO DE PROJETOS			
Nº Inscrição GEP <u>129/2016</u>		Data: <u>04/11/2016</u>	
Pesquisador(a): <u>Eliane Tatsch Neves</u> Função: <u>Docente</u> SIAPE: <u>2207948</u> Telefone: <u>(55)99319988</u> Unidade/Curso: <u>Departamento de Enfermagem</u> E-mail: <u>eliane.neves@ufsm.br</u> Título: <u>Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal</u>			
TIPO DE PROJETO: <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Ensino <input type="checkbox"/> Institucional FINALIDADE: <input type="checkbox"/> TCC <input type="checkbox"/> Especialização <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Pós-Doutorado <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Mestrado Profissional <input type="checkbox"/> Outros Qual programa: <u>Programa de Pós-graduação em Enfermagem</u> TIPO DE PESQUISA: <input type="checkbox"/> Inovações Tecnológicas em Saúde <input type="checkbox"/> Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde <input type="checkbox"/> Epidemiológico <input type="checkbox"/> Clínica Epidemiológica Observacional <input type="checkbox"/> Infraestrutura <input type="checkbox"/> Avaliação de Tecnologia em Saúde <input type="checkbox"/> Biomédica (Strito Sensu) <input type="checkbox"/> Pré-Clínica <input type="checkbox"/> Qualitativa <input checked="" type="checkbox"/> Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas, Programa e Serviços da Saúde <input type="checkbox"/> Outras Ações de C & T <input type="checkbox"/> Ensaio Clínico: <input type="checkbox"/> Fase I <input type="checkbox"/> Fase II <input type="checkbox"/> Fase III <input type="checkbox"/> Fase IV - Multicêntrico: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual?			
- Período Execução: Ano (Início): <u>2016</u> , Ano (Término): <u>2018</u> FONTE DE FINANCIAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> Recursos do Pesquisador <input type="checkbox"/> HUSM <input type="checkbox"/> Edital Interno UFSM, Qual? <input type="checkbox"/> Indústria Farmacêutica <input type="checkbox"/> Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) <input type="checkbox"/> Agência de Fomento Internacional <input type="checkbox"/> Outros, Qual?			
GRUPO DE PESQUISA: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim, Qual? <u>Cuidado à saúde das pessoas, famílias e</u> OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.			
<u>Eliane Neves</u> Pesquisador(a) responsável			
➔ SETORIAL: AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL			
Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto		Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>JTI RN</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
➔ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: <u>Aprovado</u>			Data: <u>21/11/16</u>
➔ PARECER FINAL GEP/HUSM: <u>APR</u>			Assinatura e Carimbo Data: <u>21/11/16</u> 
A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.			

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRESSE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: ELIANE TATSCH NEVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62641816.7.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.865.348

Apresentação do Projeto:

A hospitalização de um filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal trata-se de um evento imprevisível e estressante para os pais, podendo impactar negativamente sobre o estabelecimento do vínculo entre pais e filho bem como levar ao aparecimento de distúrbios, tanto físicos como mentais. Para tanto, o presente estudo tem como objetivo: analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Será realizado um estudo transversal em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público. Os participantes do estudo serão o pai e a mãe de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Para a coleta dos dados serão utilizados os instrumentos do perfil clínico do recém-nascido e sociodemográfico dos pais bem como a versão brasileira da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU). A análise dos dados será realizada no programa SPSS Statistics 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences), por meio da estatística descritiva e analítica, testando a associação entre o estresse e as variáveis independentes, as quais compõem os instrumentos do perfil clínico do recém-nascido e sociodemográfico dos pais. Os aspectos éticos serão respeitados, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Espera-se com os resultados deste estudo contribuir para ampliar a validação e disseminação da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) como um

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

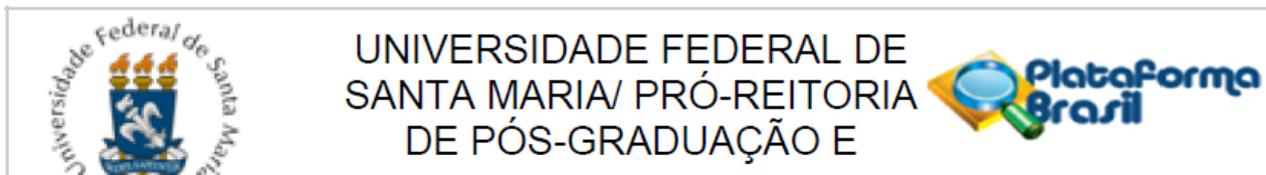
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.865.348

instrumento para identificação dos estressores presentes na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. E na perspectiva de promover a reflexão dos profissionais de saúde para a necessidade da realização de um cuidado centrado na família.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: analisar os fatores associados ao estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Objetivo secundário: • Descrever o perfil clínico destes recém-nascidos; • Descrever o perfil sociodemográfico dos pais destes recém-nascidos; • Identificar o nível de estresse destes pais; • Analisar as relações entre o perfil clínico dos recém-nascidos, o perfil sociodemográfico e os níveis de estresse dos pais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na folha de informações básicas do projeto não são descritas as formas de contornar ou minimizar os possíveis riscos e ou desconfortos, bem descritos nos métodos e no TCLE do corpo do projeto, bem como no TCLE anexado separadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

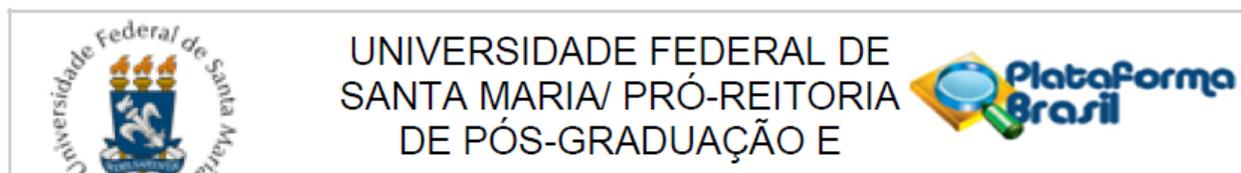
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E**

Continuação do Parecer: 1.865.348

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_832567.pdf	03/12/2016 21:39:44		Aceito
Outros	TERMO_DE_ASSENTIMENTO.pdf	03/12/2016 21:34:24	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	03/12/2016 21:33:42	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_CEP.pdf	03/12/2016 21:32:39	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito
Outros	Autorizacao_GEP.pdf	25/11/2016 19:15:36	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito
Outros	Comprovante_GAP.pdf	25/11/2016 18:55:44	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.pdf	25/11/2016 18:52:22	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Jake.pdf	25/11/2016 18:46:15	JAQUIELE JACIARA KEGLER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 14 de Dezembro de 2016

**Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

**ANEXO E – AUTORIZAÇÃO PARA ENCAMINHAMENTO DE PARTICIPANTES
DA PESQUISA PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Título do estudo: Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Pesquisadora responsável: Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves.

Mestranda (autora do projeto): Enf^a Jaquiele Jaciára Kegler.

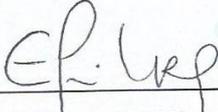
Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Local da coleta de dados: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria.

AUTORIZAÇÃO

Eu, Eliani Venturini Viero, CRP 07/04481, psicóloga da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria, autorizo o encaminhamento de pais e mães, participantes da pesquisa “Estresse de pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, de autoria da mestranda Jaquiele Jaciára Kegler. Estou ciente que serão encaminhados pela mestranda os pais e as mães que apresentarem choro ou outros sentimentos durante a coleta dos dados, que de acordo com a avaliação da mestranda indiquem a necessidade de atendimento especializado.

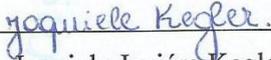
Santa Maria, 03 de novembro de 2016.



Eliani Venturini Viero

Psicóloga

Eliani Venturini Viero
Prof^a Psicóloga
CRP 07/04481



Jaquiele Jaciára Kegler

Mestranda



Prof^a Enf^a Dr^a Eliane Tatsch Neves

Pesquisadora Responsável