

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO

**PAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: ESTRESSE E
SATISFAÇÃO**

CAMPINAS

2019

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS CENTRO DE
CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO

PAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: ESTRESSE E
SATISFAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Monezi Andrade

CAMPINAS

2019

Ficha catalográfica elaborada por Vanessa da Silveira CRB 8/8423
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

618.920025 Taurisano, Aila Alves Alvarenga.
T227p Pais em unidade de tratamento intensivo neonatal: estresse e satisfação/ Aila Alves Alvarenga Taurisano.- Campinas: PUC-Campinas, 2019.
81 f.: il.

Orientador: André Luiz Monezi Andrade.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2019.
Incluem anexos e bibliografias.

1. Tratamento intensivo pediátrico. 2. Stress (Psicologia). 3. Satisfação. 4. Recém-nascidos. 5. Pais e filhos. I. Andrade, André Luiz Monezi. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD - 22. ed. 618.920025

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS

CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO

PAIS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: ESTRESSE E
SATISFAÇÃO

Dissertação defendida e aprovada em 29 de abril de 2019
pela Comissão Examinadora



Prof. Dr. André Luiz Monezi Andrade

Orientador da Dissertação e Presidente da Comissão
Examinadora



Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo

Universidade PUC Campinas



Profa. Dra. Rosana Righetto Dias

Universidade UNIARARAS

Dedico este trabalho à minha mãe, que sempre esteve e sempre está. Por todo o suporte e por ser o meu maior exemplo hoje e sempre. À minha tia Tata, por acreditar em mim, compreender tudo e estar sempre ali para ajudar sem sequer questionar. Sem vocês duas na minha vida, nada seria possível. Ao meu pai/tio Vado por ser para sempre parte de quem eu sou. Sei que, de onde estiver, estará vibrando e torcendo por mim. A toda a minha família e amigos por compreenderem as ausências e oferecerem suporte. O meu amor por vocês é inexplicável. A todas as famílias da UTI Neonatal, por me fazerem compreender o mundo de outro jeito.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Helena Bazanelli Prebianchi, pela confiança, incentivo e ampla contribuição para o meu desenvolvimento. Pela espontaneidade nas conversas francas e afetuosas durante todo o processo.

Ao Professor André Luiz Monezi Andrade, pelo auxílio, disponibilidade, interesse e incentivo. Sua contribuição foi fundamental para que este trabalho fosse realizado.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa, por terem me ajudado, acompanhado e compartilhado comigo essa jornada.

Aos meus professores da graduação, que fizeram despertar o interesse pelos estudos e pela psicologia da saúde.

Agradeço à minha mãe, nunca o suficiente, pelo suporte de uma vida inteira, pelo modelo de profissional, mulher e ser humano que me deu. Por acreditar em mim mais do que eu mesma e por fazer o impossível para me fazer feliz. Sem você, mãe, nada disso se concretizaria.

À minha tia Tata, por ser a pessoa que tem mais amor dentro de si que eu conheço. Por ser meu exemplo de ser humano, de força e de dedicação.

Ao meu tio/pai, por ser meu exemplo de caráter, por estar sempre presente em quem eu sou, mesmo que já tenha partido.

Aos meus sobrinhos e afilhados João Vitor, Matheus, Lara, Tom, Isadora, Pedro, Alice, Fernando e Bernardo. Eles recarregam minha energia e me fazem querer batalhar por um mundo melhor.

À minha prima e comadre Marilisa, por ter sido suporte nos momentos de cansaço. Por ter ajudado a compreender esse caminho.

À toda a minha família pelo amor, entrega e compreensão das minhas ausências.

Aos meus amigos Rafael, Giovanna, Nelson, Laila e Fernanda, por me ouvirem, por me divertirem, por serem parte de tudo que se passa.

Ao Dani, por ter chegado há tão pouco tempo e ter segurado a minha mão nos momentos de maior angústia desse processo.

À Vida, por ter sido a companhia onipresente nas longas horas de dedicação.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

Taurisano, Aila Alves Alvarenga. *Pais em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estresse e satisfação*. 2019. 81f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2019.

O estresse decorrente da internação de um filho em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) pode influenciar o comportamento dos pais, produzindo problemas emocionais, alterações de saúde a longo prazo e consequências no desenvolvimento do bebê. A análise da satisfação avalia a qualidade funcional do serviço de saúde, considerando as preferências e expectativas individuais dos pais frente ao cuidado ofertado a eles e a seus filhos. Este trabalho busca relacionar a satisfação dos pais em relação à UTIN e os níveis de estresse que eles apresentam. Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal e correlacional. Os participantes foram 32 pais que tiveram seus filhos internados em UTIN em uma instituição na cidade de Campinas-SP. Foram utilizados dois instrumentos: a escala PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) e a EMPATHIC-N. Em relação ao estresse, pôde-se concluir que: os pais apresentam pouco estresse nas subescalas “Sons e imagens” e “Aparência e comportamento do bebê” e apresentaram estresse moderado na subescala “Alteração no papel de pai/mãe”. O nível de estresse dos pais que participaram dessa pesquisa no número total de experiências foi considerado moderado. Houve correlação estatisticamente significativa quando comparadas as idades dos participantes com os níveis geral e de ocorrência de estresse, assim, quanto maior a idade do participante, maiores os níveis de estresse. A satisfação dos pais apresentou níveis elevados em todos os domínios. A média mais elevada foi no domínio “Participação dos pais”, e as médias levemente menores estão nos domínios “Informação” e “Experiência global”. A satisfação com a equipe médica foi de 8,97, e com a equipe de enfermagem foi de 8,91, ambas em uma escala de 1 a 10. Pôde-se observar que, quanto maior a idade do participante, menor a satisfação no domínio “Atitude profissional” e que, quanto maior a idade gestacional, menor a satisfação no domínio “Informação” e menor a satisfação geral dos pais. Nas correlações entre os escores de estresse e satisfação, pôde-se observar que, quanto maior a satisfação dos pais com a equipe de enfermagem, menor o nível de ocorrência e o nível geral de estresse na subescala “Sons e imagens” e que, quanto maior a satisfação dos pais com a equipe, menor o nível geral de estresse na subescala “Sons e imagens”.

Palavras-chave: UTI Neonatal; Estresse; Satisfação do Paciente; Recém-Nascido; Pais

ABSTRACT

Taurisano, Aila Alves Alvarenga. *Parents in the Neonatal Intensive Care Unit: stress and satisfaction*. 2019. 81f. Dissertation (Master in Psychology) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Life Science Center, Post Graduate Program in Psychology. Campinas, 2019.

Stress arising from the hospitalization of a child in a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) can influence the behavior of the parents, producing emotional problems, long-term health changes and consequences in the development of the baby. The satisfaction analysis evaluates the functional quality of the health service, considering the individual preferences and expectations of parents regarding the care offered to them and their children. This work seeks to integrate parents' satisfaction with NICU and the levels of stress they present. This is a quantitative, transversal and correlational research. The participants were 32 parents who had their children hospitalized in a NICU at an institution in the city of Campinas-SP. Two instruments were used: the PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) and EMPATHIC-N. Regarding stress, it was possible to conclude that: the parents present low stress in the subscales "Sounds and images" and "Appearance and behavior of the baby" and presented moderate stress in the subscale "Change in the role of father / mother". The level of stress of the parents who participated in this research in the total number of experiences was considered moderate. There was a statistically significant correlation when comparing the participants' ages with the general and stress levels, therefore, the higher the participant's age, the higher the stress levels. Parents' satisfaction was high in all areas. The highest average was in the "Parental Involvement" domain, and the slightly lower averages are in the "Information" and "Overall Experience" domains. Satisfaction with the medical staff was 8.97, and the nursing team was 8.91, both on a scale of 1 to 10. It was observed that the longer the participant's age, the lower the satisfaction in the professional attitude "and that the higher the gestational age, the lower the satisfaction in the "Information" domain and the lower the general satisfaction of the parents. In correlations between stress and satisfaction scores, it could be observed that the higher the parents' satisfaction with the nursing team, the lower the level of occurrence and the general level of stress in the subscale "Sounds and images" and that, when higher the satisfaction of the parents with the team, lower the general level of stress in the subscale "Sounds and images"

Keywords: Neonatal ICU; Stress; Patient Satisfaction; Newborn; Parents

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a presença dos pais nesse contexto.....	11
1.2 O estresse e sua relação com o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	14
1.3 Interação entre pais e equipe	18
1.4 Satisfação dos pais	22
2 OBJETIVO	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos.....	25
3 MÉTODO	26
3.1 Características gerais do estudo	26
3.2 Local	26
3.3 Participantes.....	26
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	27
3.5 Instrumentos.....	27
3.6 Procedimento.....	30
3.7 Análise de dados	31
3.8 Aspectos éticos.....	32
4 RESULTADOS	33
4.1 Caracterização dos pacientes	33
4.2 Características sociodemográficas dos pais que participaram da pesquisa	35
4.3 Escala de estresse.....	36
4.4 Escala de satisfação	38
4.4.1 Avaliação de satisfação dos participantes segundo os escores obtidos nas afirmativas da escala EMPATHIC-N.....	38
4.4.2 Avaliação de satisfação dos participantes com a equipe médica e de enfermagem no instrumento EMPATHIC-N	38
4.5 Relações entre o estresse e a satisfação dos pais.....	39
4.6 Resumo dos resultados	44
5 DISCUSSÃO	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	60
ANEXOS	65

APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi pensado a partir da experiência vivenciada entre os anos de 2013 e 2015, quando fui discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Foram dois anos intensos de estudo e trabalho prático dentro do Hospital e Maternidade PUC-Campinas, especificamente um ano e meio atuando em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), totalizando 5.768 horas.

Desde o início, algo que me interessou e trouxe questionamentos nesse período foi a possível influência da presença dos pais no processo de melhora do quadro de saúde e alta dos bebês, deixando a impressão de que as crianças progrediam mais rápido quando tinham seus pais mais tempo presentes na unidade de internação. Evidenciando essa relação e compreendendo sua importância, outros questionamentos surgiram: o que vivenciam esses pais durante a internação de seus filhos? Quais são as fontes geradoras de estresse nesse contexto? Como compreendem o serviço de saúde oferecido, não só ao bebê, mas também a eles? A presença dos pais nas UTINs já é comprovadamente um fator que traz efeitos positivos para os recém-nascidos, mas o cuidado integral e humanizado aos pacientes internados em hospitais vai além da questão do processo de melhora da saúde até a alta. Estudos atuais apontam a necessidade de compreender as condições do cuidador para que ocorra um melhor desenvolvimento do processo de saúde do recém-nascido internado em UTIN. Compreender o cuidador que está ali presente, assim como suas dificuldades e potencialidades, tem sido alvo de diversas pesquisas, indicando que é preciso considerar todo o contexto que envolve a família (dentro e fora do hospital) para melhor atender suas necessidades e oferecer um cuidado em saúde de excelência.

A compreensão das necessidades dos pais no contexto das UTINs facilita a atuação das equipes de saúde, fornecendo subsídios para viabilizar o cuidado humanizado a partir de uma nova postura. Para tanto, é necessário que novos estudos sejam realizados a fim de oferecer ferramentas para que os profissionais de saúde se adaptem a essa nova realidade de cuidado. Em termos de UTIN, avaliar os níveis de estresse e satisfação dos pais dos recém-nascidos pode fornecer subsídios para sua integração e acolhimento no processo de internação dos filhos. Assim, ao abordar a satisfação e o estresse dos pais durante o processo de hospitalização de seus filhos em UTIN, este trabalho pode contribuir para o conhecimento da área e a humanização dos cuidados em saúde.

1 INTRODUÇÃO

A introdução deste trabalho foi dividida em quatro subtópicos para melhor compreensão. O primeiro subtópico aborda o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o relaciona com a presença dos pais nesse contexto. Fornece informações sobre o meio hospitalar, espaço físico e rotinas da unidade, assim como características de enfrentamento dos pais. O conceito de estresse e os principais estressores para os pais que têm filhos em UTIN são apresentados no segundo subtópico. O terceiro aborda a interação dos pais com a equipe de saúde e como ela pode influenciar na satisfação deles durante a internação dos filhos. O último apresenta o conceito de satisfação dos pais e sua relação com o estresse e a interação entre pais e equipe de saúde.

1.1 Ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e a presença dos pais nesse contexto

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) se caracteriza por admitir recém-nascidos (RN) entre 0 e 28 dias de vida, e grande parte dos RNs internados na unidade são nascidos pré-termo (prematuros). São considerados prematuros aqueles que nascem antes de 37 semanas completas de idade gestacional (Neves, Ravelli, & Lemos, 2010).

O tratamento ofertado na UTIN destina-se a pacientes graves ou potencialmente graves (Souza & Pegoraro, 2017) e deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional especializada, com recursos tecnológicos para garantir a melhor assistência à saúde dos pacientes (Souza & Pegoraro, 2017; Souza & Ferreira, 2010). Os avanços tecnológicos possibilitam a sobrevivência de bebês que antes eram considerados inviáveis (Baldini & Krebs, 2010; Cardoso, Chaves, & Bezerra, 2010), e, para isso, a UTIN deve contemplar tecnologias que tornam possível a sobrevivência de bebês com quadros cada vez mais graves (Sousa et al., 2011).

No entanto, embora as novas tecnologias utilizadas em UTIN possuam uma lógica centrada em diagnósticos e condutas com ênfase na recuperação do RN, em muitos casos essa lógica não responde integralmente às suas necessidades ou às de sua família (Schmidt, Sassá, Veronez, Nigarashi, & Marcon, 2012). Isso porque os recursos tecnológicos podem tornar o ambiente frio e sem afeto. Para os pais, esse espaço pode ser compreendido como algo assustador e proporcionar um sentimento de desamparo (Schmidt et al., 2012). Trata-se de um ambiente permeado por ruídos, excesso de iluminação e movimentação intensa de profissionais, e comumente a presença dos pais é restringida em alguns momentos (Costa, Arantes, & Brito,

2010). Pais de bebês prematuros relatam dificuldade em desenvolver suas competências parentais em um meio repleto de tecnologia e que limita o acesso deles ao bebê (Olshtain-Mann & Auslander, 2008). Além disso, o ambiente da UTIN faz com que pais que têm os filhos internados tenham que se adaptar a uma rotina desconhecida e potencialmente geradora de estresse (Galanis, Bilali, Pouliou, & Matziou, 2016).

A internação de um RN em estado grave é uma situação de crise para o paciente e sua família, um evento sujeito a abalar o equilíbrio familiar, a rotina e as funções parentais (Baldini & Krebs, 2010). A visão de um bebê cercado de cuidados e aparelhos pode ser dolorosa e influenciar o contato inicial entre ele e seus pais, pois os cuidados iniciais aos RNs são realizados pela equipe técnica (Veronez, Borghesan, Corrêa, & Higarashi, 2017). Configura-se uma circunstância traumática e angustiante, em que todos os integrantes da família vivenciam limitações e impedimentos que os fragilizam e impactam em suas rotinas (Veronez et al., 2017)

Apesar de a presença da família ser uma preocupação desde a década de 1960, sua inserção no contexto da internação foi regulamentada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, garantindo a qualquer criança internada o direito a um acompanhante em tempo integral (Corrêa, Andrade, Manzo, Couto, & Duarte, 2015).

Nos últimos treze anos, as pesquisas que se propuseram a estudar o vínculo entre pais e bebês internados em UTIN tiveram duas temáticas prevalentes: puericultura (conjunto de informações e aconselhamentos aos pais acerca do funcionamento da unidade e dos cuidados com o RN) e a evolução fisiológica dos bebês (Schaefer & Donelli, 2017). Um estudo realizado em 2010 revelou que a puericultura direcionada aos pais antes da alta dos bebês influenciou diretamente a autoconfiança das mães e o desenvolvimento das crianças (Shieh et al., 2010).

Em relação à evolução fisiológica dos RNs, pôde-se observar que aqueles que têm mães mais interativas e presentes durante a internação em UTIN respondem de forma mais intensa (através de movimentos dos membros e abertura de olhos) do que aqueles que não contam com essa condição (Baldini & Krebs, 2010).

A partir de 2010, surgiram cada vez mais estudos com enfoque direto na relação entre orientação parental e o desenvolvimento do RN internado em UTIN, promovendo a diminuição dos índices de mortalidade infantil e também a melhora na qualidade de vida de pais e bebês (Schaefer & Donelli, 2017). Atualmente, estudos nacionais e internacionais têm focalizado os pais, não mais como acompanhantes do processo de internação de seus filhos, mas como sujeitos do cuidado, considerando suas dificuldades de adaptação ao ambiente da UTIN e buscando compreender suas necessidades (Silva, Barbosa, Rocha, & Ferreira, 2018).

Os pais que têm seus bebês internados em UTIN vivenciam um estágio de luto frente ao nascimento de um filho gravemente doente (Baldini & Krebs, 2010). O processo de luto dos pais diante da internação pode ser tão intenso quanto o luto pela morte real do RN, acarretando sentimentos de choque, negação, raiva, culpa, depressão, desesperança, impotência, perda, isolamento, confusão e ansiedade, além de irritabilidade, dificuldade de concentração e distúrbios do sono e do apetite (Baldini & Krebs, 2010).

Desde a concepção ou geração da criança, muitos pais criam expectativas relacionadas ao nascimento de um filho saudável (Neves et al., 2010), e quando nasce um RN enfermo, os pais vivenciam o luto dessa expectativa, experimentando sentimentos de desapontamento, culpa, tristeza, ansiedade, medo da perda, incapacidade, angústia e insegurança (Santos, Pedrosa, Vasconcelos, & Arruda, 2011; Schmidt et al., 2012; Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013; Neves et al., 2010). Outros sentimentos identificados são: choque, negação, descrença, pânico, protesto, raiva, regressão, impotência frente à doença, irritabilidade e agressividade (Baldini & Krebs, 2010), além de medo, sofrimento, desespero, dor, preocupação, frustração, impotência e cansaço (Vivian et al., 2013)

Além do luto vivenciado pela expectativa de um filho saudável, há também o medo da perda iminente e a necessidade de adaptação a uma situação desconhecida, o que pode transformar o momento de alegria em um momento cercado por angústias, dúvidas e incertezas sobre o futuro próximo (Oliveira et al., 2013). Nota-se que muito do que é dito pelos pais está atrelado ao paradigma do senso comum que identifica as unidades de terapia intensiva como unidades permeadas por dor e morte (Freitas, Kimura, & Ferreira, 2007). Esse paradigma aparece no relato de pais que afirmam que ter um filho internado em uma UTI Neonatal traz a sensação de insegurança diante da fragilidade do RN e da possibilidade de este não sobreviver (Soares, Santos, & Gasparino, 2010). Mas, apesar de muitos sentimentos negativos, alguns pais também relatam sentimentos positivos e/ou ambivalentes relacionados à internação, como: esperança, amor, confiança, vitória, paciência, tranquilidade, alegria e fé (Vivian et al., 2013)

Em um relato de experiência de grupo de pais realizado em uma UTIN, foi possível agrupar os comportamentos apresentados pelos pais em dois modelos (Rosenvaig, 2010). O primeiro modelo compreende comportamentos de retraimento, em que se relata um estado de confusão e dificuldade em compreender o estado de saúde do bebê: há uma entrega dos cuidados do bebê à equipe, e os pais assumem uma atitude de submissão. O segundo é composto por aqueles pais que se posicionam intensamente, fazendo perguntas e buscando informações com o objetivo de compreender o que se passa com o bebê. São bastante atuantes na rotina de

cuidados da UTIN, e é comum que sejam considerados pela equipe como “pais difíceis” (Rosenvaig, 2010)

Um estudo realizado por Brazelton (2002) indicou que, antes de os pais estarem aptos a dar suporte ao filho internado, eles precisaram desenvolver repertório para lidar com a própria ansiedade frente aos acontecimentos e procedimentos realizados (Vivian et al., 2013). A UTIN apresenta diversas fontes estressoras para os pais, e a adaptação deles a esse ambiente ocorre de diferentes modos, de acordo com o seu repertório de enfrentamento (Schmidt, Mello, Rosseto, & Souza, 2010).

Além disso, os pais que têm auxílio para lidar adequadamente com as situações estressoras passam a ser mais capazes de ofertar apoio e estabilidade a seus filhos (Baldini & Krebs, 2010). A princípio, a família fica paralisada por sentimentos negativos, por não sentir-se apta a lidar com a situação de crise, mas ao longo do tempo começa a mobilizar seus recursos para lidar com a doença e a internação, buscando restaurar o equilíbrio (Baldini & Krebs, 2010).

O estresse decorrente do ambiente e das atividades na UTIN pode acarretar alterações comportamentais nos pais durante a internação de seus filhos, segundo Schmidt et al. (2010). Nesse sentido, os pais podem se afastar dos cuidados com o RN e desenvolver transtornos de ansiedade, dentre eles o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Schmidt et al., 2010). De acordo com os autores (Schmidt et al., 2010), essa condição clínica pode influenciar os vínculos entre pais e filhos.

A UTIN tornou-se, portanto, um ambiente constituído de máquinas que, apesar de fundamentais ao cuidado, requerem que sejam repensadas todas as formas de relacionamento entre bebês, profissionais e familiares, devendo-se adequá-las para que se possa oferecer um cuidado individualizado, ético, seguro e humano (Neto & Rodrigues, 2010). Faz-se necessário, desse modo, que os profissionais de saúde ampliem sua visão sobre o foco do cuidado, vislumbrando não só o cuidado centrado na doença, mas também seu entorno (Balbino, Balieiro, & Mandetta, 2016). Assim, deve-se adotar uma abordagem que inclua a família, reconhecendo seu sofrimento e vulnerabilidade, bem como suas potencialidades e o papel que desempenha no cuidado clínico e na evolução da saúde dos bebês (Balbino et al., 2016).

1.2 O estresse e sua relação com o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Estresse é um conjunto de alterações psicofisiológicas do organismo para responder a situações que são compreendidas como ameaçadoras da homeostase (Pellegrini, Calais, & Salgado, 2012). Trata-se de uma reação do indivíduo frente a uma situação desafiadora,

provocando alterações de ordem emocional, social e psicológica (Araújo, 2010). O estresse não é uma doença, porém, a frequência e a duração dos mecanismos fisiológicos podem culminar no esgotamento do sujeito e no aparecimento de transtornos psicofisiológicos que resultam em cansaço mental, dificuldades de concentração e memória, alterações de humor e crises de ansiedade (Rossetti et al., 2008)

No início da década de 1950, o endocrinologista americano Hans Selye (1951) definiu o estresse como uma resposta orgânica não específica, chamando-o posteriormente de Síndrome de Adaptação Geral. Com base nesse conceito, Selye desenvolveu um construto de estresse a partir de três fases: alerta, resistência e exaustão. Na primeira fase, a energia e a motivação são aumentadas. Na de resistência, o organismo perde energia e a sensação de cansaço se torna presente. Na fase de quase exaustão, as defesas ao estresse passam a não ser mais tão eficientes para combatê-lo, e é quando algumas doenças podem surgir. Já na fase de exaustão do estresse, são notadas graves alterações físicas e psicológicas, que podem ser fatais ao organismo (Pellegrini et al., 2012).

As alterações causadas pelo estresse ocorrem em três níveis: cognitivo, comportamental e fisiológico. O nível cognitivo é o que avalia a ameaça e seleciona a resposta ao estressor de acordo com o repertório comportamental do indivíduo. No nível comportamental, há três possibilidades de respostas básicas: enfrentamento, evitação ou passividade. Há a seleção de resposta nesse nível e, no nível seguinte, são mobilizados determinados recursos fisiológicos (Pellegrini et al., 2012).

A UTIN, por ser um ambiente permeado de barulhos, equipamentos desconhecidos, pessoas se movimentando constantemente, é considerado fonte geradora de estresse e está associado a transtorno de estresse, ansiedade e depressão (Souza, Dupas, & Balieiro, 2012). Os principais estressores identificados pelos pais que têm seus bebês internados em UTIN são: a separação do bebê, a necessidade de informação e comunicação, o papel da equipe de saúde e a empatia desta (Sweet & Mannix, 2012). Pais e mães relataram que estar separados de seus bebês era pior quando o quadro do bebê era instável, quando estavam na enfermaria sem o bebê, enquanto outras mães estavam no mesmo lugar com seus bebês (Sweet & Mannix, 2012).

O estresse pode influenciar o vínculo entre mãe e bebê desde a gestação. Angústia, ansiedade, depressão e nervosismo são transmitidos ao bebê quimicamente pelos hormônios (Araújo, 2010). Outro fator estressor para os pais e que pode prejudicar o vínculo entre eles e o bebê é a internação prolongada e as privações de contato impostas pelo ambiente (Corrêa et al., 2015). Ter o filho internado em uma UTIN pode acarretar problemas emocionais e alterações de saúde a longo prazo (Righetto-Dias & Nunes-Baptista, 2009).

Entre os efeitos do estresse, são comuns alterações no ritmo circadiano dos pais, culminando em alterações no padrão de sono (Busse, Stromgren, Thorngate, & Thomas, 2013). Em um estudo empírico que relacionou o estresse dos pais com ansiedade, fadiga, depressão e distúrbio de sono, os pais passaram a apresentar redução do tempo de sono para menos de sete horas por noite, tendo como consequência fadiga e redução do bem-estar. Além disso, foi visto que a fadiga dos pais influencia diretamente sua percepção de competências na interação entre eles e o bebê, e também pode ter consequências no desenvolvimento cognitivo, emocional e de saúde da criança (Busse et al., 2013).

Um trabalho realizado por Vanderbilt, Bushley, Young e Frank (2009) apontou que 23% das mães que têm seus bebês internados em UTIN apresentam critérios para o diagnóstico de transtorno agudo de estresse. Além disso, o estresse dos pais de bebês que ficam em UTIN pode atrasar o ganho de competências esperadas no papel parental, influenciando a interação com o bebê e seu desenvolvimento (Olshtain-Mann & Auslander, 2008).

O estresse dos pais não se limita ao período de internação dos filhos, e pode se estender após a alta e estar associado a transtornos agudos de estresse e estresse pós-traumático (Busse et al., 2013). Seria esperado, uma vez que os estressores relacionados à prematuridade e à hospitalização fossem eliminados, que o nível de estresse dos pais de prematuros e suas competências percebidas fossem semelhantes aos de pais de bebês nascidos a termo, porém, mesmo após dois meses de alta hospitalar, pais e mães de bebês prematuros apresentaram níveis mais altos de estresse e mais baixos de competências parentais do que mães de bebês nascidos a termo (Olshtain-Mann & Auslander, 2008).

Segundo estudo apresentado por Baldini e Krebs (2010), pais que tiveram seus filhos internados em UTIN apresentaram sintomas de estresse persistentes até seis meses após a alta. Além disso, um outro estudo apontou que 41% deles apresentaram sintomas de estresse pós-traumático até 14 meses após o nascimento de seus filhos (Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Anserment, 2003).

Dados de um estudo americano apontaram que 44% das mães que tiveram seus filhos internados em UTIN foram diagnosticadas com Transtorno Agudo de Estresse durante a internação e que esse diagnóstico está relacionado com sintomas de Estresse Pós-Traumático que ocorreram até quatro meses após o parto (Shaw et al., 2013).

Além do estresse diagnosticado nos pais, uma pesquisa realizada em 2004 apontou que, durante a interação entre mães e filhos de seis meses de idade, as mães de bebês prematuros que tiveram experiências estressantes durante o período perinatal eram menos sensíveis e mais

controladoras com relação a seus filhos (Muller-Nix et al., 2004). Os mesmos autores identificaram diferenças significativas nas respostas comportamentais de interação entre bebês prematuros e aqueles nascidos a termo, ambos avaliados aos 18 meses de idade.

Além dos fatores de risco para o estresse, é preciso compreender também seus fatores de proteção. Entre os fatores relevantes para o melhor enfrentamento dos pais, está a liberação da permanência materna durante a hospitalização do filho, o que colabora na assistência integral à criança, facilita a aceitação do tratamento e diminui o tempo de internação (Molina, Fonseca, Waidman, & Marcon, 2009). O acesso irrestrito ao RN é comprovadamente um fator protetor contra o estresse, a ansiedade e sintomas somáticos em mães de bebês internados em UTIN (Trombini, Surcinelli, Piccioni, Alessandroni, & Faldella, 2008).

Também são relevantes o acolhimento da equipe de saúde, o suporte familiar e a religiosidade. Mães entrevistadas em uma pesquisa nacional, realizada em Maringá, afirmaram que o papel da equipe é fundamental no enfrentamento desde antes do nascimento do RN (Oliveira et al., 2013). Nesse sentido, a assistência especializada e as orientações fornecidas pela equipe configuram um ambiente acolhedor que contribui para a sensação de amparo e redução da ansiedade (Oliveira et al., 2013). Segundo uma pesquisa realizada em uma UTIN no sul da Austrália, a conduta dos profissionais de saúde foi identificada pelos pais como um importante fator de proteção contra o estresse, principalmente quanto à comunicação, informação e acessibilidade (Sweet & Mannix, 2012).

Como principal fator protetor contra o estresse, uma pesquisa realizada com 209 mães de prematuros em Londres identificou a necessidade de informações confiáveis, precisas, honestas e regulares (Bialoskurski, Cox, & Wiggins, 2002). A orientação aos pais realizada pela equipe de saúde durante a primeira semana de internação de um RN em UTIN é uma estratégia eficaz para a redução do estresse parental (Turan, Basbakkal, & Özbek, 2008).

Portanto, percebe-se que o estresse dos pais aumenta quando as informações sobre o estado de saúde de seus filhos lhe parecem incompletas, conflitivas ou de difícil compreensão. E a equipe de saúde, quando preparada para acolher essas demandas, tem um papel fundamental na diminuição do estresse (Reichert, Lins, & Collet, 2007). No contexto da UTIN, a equipe de saúde e a família passam a se interligar a partir de sua principal ação envolvendo o RN, que é o ato de cuidar. Nesse sentido, o papel da equipe é o mesmo que o da família: oferecer cuidados ao RN para que este se restabeleça, e, quando a equipe de saúde está disponível e acessível aos pais, ela pode contribuir para o alívio do estresse frente à internação e à doença (Santos, Moraes, Vasconcelos, & Araújo, 2007).

1.3 Interação entre pais e equipe

Na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os pais e a equipe de saúde convivem muito próximos, o que impõe a necessidade de desenvolverem uma interação efetiva, a fim de atender às necessidades do RN (Reis, Rempel, Scott, Brady-fryer, & Aerde, 2010). Nos últimos anos, houve uma crescente preocupação em tornar o ambiente da UTIN mais acolhedor e menos impessoal, além de um refinamento da postura da equipe de saúde, que deve integrar a tecnologia necessária à assistência com a humanização do cuidado (Baldini & Krebs, 2010). Um ambiente de UTIN humanizado, que reconhece os pais como seres capazes de oferecer cuidados ao filho, representa um expressivo auxílio no alívio do estresse dos pais e da criança, promovendo uma experiência de internação mais tolerável (Baldini & Krebs, 2010).

O cuidado, além de objetivo, deve ser direcionado para o fortalecimento da família no sentido de que essa passe a ser parte da assistência (Corrêa et al., 2015). Todo e qualquer comportamento apresentado pela equipe de saúde com o objetivo de diminuir o impacto da internação e promover um ambiente menos estressante deve ser compreendido como humanizado (Vivian et al., 2013).

Uma proposta amplamente discutida no cuidado integral aos pacientes e familiares é o Modelo do Cuidado Centrado no Paciente e Família (CCPF). Trata-se de uma nova forma de abordar o planejamento, prestação e avaliação em saúde, de modo a integrar a equipe de saúde, os pacientes e as famílias (Balbino et al., 2016). O CCFP destaca a importância da família como cliente do cuidado e assegura que ela participe do planejamento das ações a serem realizadas com o paciente. Dessa forma, essa proposta permite que a família compreenda e defina os problemas e soluções durante o tratamento (Corrêa et al., 2015).

Na UTIN, o CCFP tem se tornado padrão, reconhecendo a família como fonte de força e apoio do RN. De acordo com a filosofia do CCFP, os profissionais de saúde devem compreender a família como parte indissociável da vida do RN, reconhecendo-a como unidade de cuidado (Corrêa et al., 2015). As ações que compõem esse modelo de atuação incorporam conceitos como: acesso irrestrito ao filho, respeito, informação, escolha, flexibilidade de atendimento, autonomia dos sujeitos envolvidos, colaboração e apoio em todos os níveis de atendimento (Balbino et al., 2016).

O modelo de atendimento do CCFP apresenta benefícios relacionados à melhoria da saúde e bem-estar dos recém-nascidos, das famílias e dos funcionários da equipe de saúde (Balbino et al., 2016). Dentre eles, destacam-se a eficácia no acesso e comunicação com a equipe, redução do tempo de internação e de reinternações, redução do estresse dos pais,

aumento da autoconfiança destes após a alta, fortalecimento do vínculo, melhora no aleitamento e saúde mental dos familiares a longo prazo e maior satisfação da equipe de saúde (Balbino et al., 2016).

A equipe tem um papel fundamental no momento da internação porque, além de oferecer cuidados ao RN, deve receber os pais com o objetivo de acolhê-los, mostrar-se disponível para acompanhá-los, minimizar os sentimentos negativos, fortalecer o vínculo dos familiares com o RN, proporcionar conforto, explicar o quadro clínico, esclarecer dúvidas e incentivar o contato com o RN (Lohmann, 2011). A intenção é criar uma cultura de parceria, otimizando o acesso dos pais à informação, para que eles possam desenvolver as competências necessárias para oferecer cuidados adequados ao RN e as características do papel de pais (Reis et al., 2010).

O trabalho da equipe começa mesmo antes da primeira visita, já que os pais devem ser preparados para lidar com o aspecto do RN, com os aparelhos que estão ligados a ele e com as rotinas da unidade (Lohmann, 2011). Para que isso aconteça de maneira adequada, é essencial que a equipe esteja presente e os oriente de forma acolhedora (Baldini & Krebs, 2010). Na primeira visita dos pais aos filhos internados em UTIN, a equipe deve apresentar seus membros, suas respectivas funções e orientar os pais acerca do estado geral de seus filhos. É papel da equipe, ainda nesse momento, ouvir o que os pais têm a dizer, deixando claro que suas preocupações são consideradas nesse contexto, encorajando-os a fazerem perguntas (Baldini & Krebs, 2010). As informações dadas aos pais nesse momento devem ser claras e objetivas, usando uma linguagem simples que os faça compreender a informação, a fim de contribuir para a redução da ansiedade (Baldini & Krebs, 2010).

A equipe de saúde deve avaliar a dinâmica familiar à qual o RN pertence e o grau de estresse de seus pais, para depois lançar mão de técnicas para auxiliar e dar apoio emocional a eles (Baldini & Krebs, 2010). Nessa avaliação, devem-se obter informações acerca dos padrões prévios dos pais para lidar com situações de estresse, doenças e internações, já que, provavelmente, os pais usarão os mesmos mecanismos na situação presente (Baldini & Krebs, 2010). Em função da internação, os pais mobilizam recursos internos para se adaptar, e é a partir desses recursos que se estabelece a relação com a equipe de saúde do hospital (Vivian et al., 2013).

Mesmo assim, apesar dos esforços, é comum que pais se deparem com a realidade de uma equipe de saúde envolvida exclusivamente nos cuidados com o RN e pouco disponível para lhes oferecer apoio e informações, o que deve ser uma das prioridades nos serviços prestados pela UTIN (Schmidt et al., 2012). Mesmo após o reconhecimento da importância da família, os profissionais estão pouco preparados para exercer suas funções de acordo com a

filosofia de um modelo voltado à atenção integral, uma vez que não há oportunidade de aprendizado nesse sentido durante a graduação, tampouco em sua educação continuada nos serviços de saúde (Corrêa et al., 2015).

Cabe aos membros gestores da equipe facilitar o enfrentamento dos profissionais, utilizando os recursos necessários para a conscientização e compreensão dos sentimentos de seus colaboradores, gerenciando possíveis conflitos e promovendo o atendimento à família e ao paciente com a serenidade exigida pelo exercício da profissão (Baldini & Krebs, 2010).

Alguns fatores são reconhecidos como prejudiciais para a boa relação entre pais e equipe, como a quantidade excessiva de profissionais trabalhando na unidade, linguajar médico de difícil compreensão, ambiente pouco familiar aos pais, assim como a falta de clareza na comunicação e no papel desempenhado pelos pais e pela equipe de saúde (Reis et al., 2010).

A comunicação efetiva entre pais e equipe de saúde é um fator relevante na UTIN (Weiss, Goldlust, & Vaucher, 2010). Seu objetivo é esclarecer sobre a doença e os cuidados que estão sendo prestados ao RN, e aumentar a confiança e o bem-estar dos pais, contribuindo para que eles participem mais ativamente dos cuidados e das decisões acerca da criança (Gomez, Vidal, & Lima, 2017). É importante que os pais sintam que podem se comunicar com os médicos e enfermeiros, para que compreendam a condição de saúde do RN e estejam aptos a participar das decisões a serem tomadas acerca dos cuidados a serem realizados na unidade (Weiss et al., 2010).

As intervenções que têm como objetivo um padrão de comunicação eficaz entre pais e equipe de saúde facilitam a transição do papel de “pais” para o papel de “pais de uma criança doente” e promovem a manutenção do equilíbrio emocional para que os pais possam estar aptos a voltar gradualmente às suas rotinas, amenizando possíveis descompensações emocionais (Baldini & Krebs, 2010). As informações fornecidas devem ser compreendidas pelos pais, e cabe à equipe transmiti-las de maneira adequada ao nível de compreensão de cada um para que eles se sintam valorizados e seguros, evitando o afastamento deles da unidade e do filho (Albert, Osaku, Costa, Costa, & Jorge, 2014).

Em um momento em que os pais experienciam diversos sentimentos, entre eles, a ansiedade, é esperado que eles apresentem dificuldades para compreender as informações fornecidas pela equipe de saúde, podendo distorcê-las e causar desentendimentos (Baldini & Krebs, 2010). A relação entre os pais e os profissionais de saúde deixa de ser efetiva quando existem dificuldades de comunicação ou quando a comunicação ocorre de maneira unidirecional (Bruns & Klein, 2005).

Além do estresse, a dinâmica intensa do ambiente da UTIN também pode dificultar a comunicação efetiva (Weiss et al., 2010), e cabe à equipe compreender os pais e oferecer suporte para que eles possam entrar em contato com a realidade que estão vivendo de acordo com seus recursos pessoais (Baldini & Krebs, 2010).

Uma pesquisa realizada por McDonagh et al. (2004) demonstrou que a satisfação da família está diretamente relacionada com a comunicação entre ela e a equipe (Albert et al., 2014). Segundo o autor, adotar uma abordagem centrada na família que favoreça a comunicação efetiva entre os pais e a equipe de saúde pode melhorar a satisfação dos pais (Weiss et al., 2010). Assim como o estresse, a satisfação dos pais também se relaciona diretamente com o fornecimento de informações e o esclarecimento de dúvidas durante o processo de internação (Albert et al., 2014; Reichert et al., 2007). Os pais e mães que estão vivenciando a internação de um filho em UTIN têm necessidades e sentimentos que estão voltados à informação, contato e relações interpessoais (Sánchez-veracruz, Leal-costa, Pastor-rodríguez, & Díaz-agea, 2017).

O estresse é um dos parâmetros considerados durante a avaliação dos níveis de satisfação em pais que têm seus filhos internados em UTIN (Cogul et al., 2012). Um estudo inglês avaliou a escala de estresse parental em UTIN (PSS:NICU) e apontou que, a partir do conteúdo trazido por ela, também é possível avaliar a eficácia da assistência da equipe de saúde (Franck, Cox, Allen, & Winter, 2005; Sánchez-Veracruz et al., 2017). Em outro trabalho, observou-se que o nível de satisfação de pais é maior quando a UTIN segue os princípios do cuidado centrado no paciente e na família, respeitando os valores e crenças dos pais e reconhecendo suas necessidades (Ripper, 2001).

Compreender e atender as necessidades dos pais favorece o enfrentamento positivo, permitindo que eles lidem de maneira mais adequada com as situações difíceis (Sánchez-Veracruz et al., 2017). Conhecer o nível de satisfação dos pais permite adequar as UTINs, aumentando, assim, a qualidade da assistência oferecida (Sánchez-Veracruz et al., 2017). É comum que os pais permaneçam longos períodos de tempo ao lado de seus filhos internados na UTIN, interagindo cada vez mais com a equipe de saúde, que, por sua vez, deve incentivar os pais a participarem ativamente na tomada de decisões e nos cuidados que são oferecidos ao RN (Butt, McGrath, Samra, & Gupta, 2013). Os pais apontam que a relação que eles estabelecem com a equipe de saúde é um dos fatores de maior influência sobre sua satisfação durante a internação em UTIN (Reis et al., 2010).

1.4 Satisfação dos pais

A investigação sobre satisfação em saúde é realizada desde a década de 1950 e teve início visando a satisfação do paciente com o cuidado recebido (Gomez et al., 2017; Saito, 2007). A satisfação é compreendida como um conjunto de respostas subjetivas sobre a experiência do cuidado, com base nas preferências e expectativas individuais (Gomez et al., 2017), estilo de vida e valores individuais e sociais (Saito, 2007). Nesse sentido, a satisfação avalia a qualidade funcional dos serviços prestados e não está necessariamente relacionada à qualidade técnica, a partir da execução de procedimentos, técnicas e diagnósticos (Latour, 2011). A satisfação com o serviço de saúde aborda a interação entre as expectativas e as percepções subjetivas dos indivíduos: caso a expectativa seja menor do que a percepção atual, a qualidade do serviço é considerada boa; se as expectativas forem iguais às percepções, se considera a qualidade aceitável; por fim, se as expectativas forem superiores às percepções, a qualidade será considerada ruim (Souza & Scatena, 2014).

Na pediatria, a avaliação de satisfação passa a ser direcionada aos pais, já que estes têm um papel vital nos cuidados da criança doente (Gomez et al., 2017; Latour, 2011). Além disso, as práticas de saúde baseadas no cuidado centrado no paciente e na família buscam incentivar os pais a participar de todo o processo do tratamento de seus filhos (Latour, 2011). Compreender a satisfação dos pais nesse contexto é importante para que pais e profissionais da saúde estreitem seu relacionamento, promovendo um melhor atendimento ao RN em estado crítico (Latour, 2011). Em países desenvolvidos, a satisfação materna, no caso da pediatria, é resguardada por lei em alguns hospitais, tornando-se pré-requisito para que o hospital seja credenciado e considerado apto ao atendimento (Saito, 2007).

A avaliação da satisfação vem ganhando força por ser reconhecida como um dos indicadores de qualidade nos cuidados oferecidos e um aspecto importante para o planejamento e bom funcionamento de um serviço de atendimento materno-infantil (Saito, 2007).

A avaliação de satisfação do paciente e familiares permite apontar necessidades educacionais, problemas e deficiências no atendimento prestado, e pode ser instrumento para mudanças administrativas e organizacionais (Saito, 2007), a fim de implementar melhorias na qualidade do serviço de saúde que é oferecido (Galanis et al., 2016; Latour, 2011).

No contexto da UTIN, compreender os critérios importantes para a satisfação dos pais pode ajudar a identificar quais áreas do cuidado podem ser alvo de mudanças e quais as intervenções necessárias para implementá-las; além disso, pode mostrar problemas do ambiente da UTIN considerados sem importância por parte da equipe de saúde (Butt et al., 2013).

A avaliação de qualidade realizada através da satisfação apresenta resultados indiretos e subjetivos, baseados na interpretação dos pais (McCormick, Escobar, Zheng, & Richardson, 2008). Quando aplicada na prática, a avaliação de satisfação do paciente e familiar verifica as necessidades apresentadas por eles e ajuda a identificar as melhores maneiras de prever e atender tais demandas, tornando possível perceber e corrigir falhas do processo de cuidado (Souza & Scatena, 2014). A satisfação é definida, portanto, como o cumprimento de expectativas, necessidades ou desejos em relação aos cuidados de saúde (McCormick et al., 2008), e surge a partir da lacuna de que avaliar as necessidades dos pais não implica ter como resposta se elas estão ou não sendo atendidas, já que essa análise demonstra o que eles percebem como necessidade, mas não o que os torna satisfeitos em relação a um serviço de saúde (Latour, 2011).

Além desses aspectos, também são consideradas as características sociodemográficas e os tratamentos prévios para infertilidade (McCormick et al., 2008). Uma revisão sistemática identificou como fatores relevantes para a satisfação: equidade no acesso aos cuidados, competência dos profissionais, disponibilidade de serviço e estrutura, participação e integração de pacientes e familiares, custos adequados e acesso à informação (Gomez et al., 2017).

Por fim, uma avaliação da satisfação dos pais, relacionada a diferentes aspectos da UTIN (ambiente, práticas de cuidado, comunicação e relação com a equipe de saúde), revelou que a maioria deles estava satisfeita ou concordou que o cuidado oferecido estava sendo suficientemente bom nesses aspectos (Bruns & Klein, 2005). As pesquisas sobre satisfação mostram que, de maneira geral, a maioria dos pais está altamente satisfeita com o cuidado que eles e seus filhos recebem na UTIN, e os principais critérios para a satisfação são: o cuidado com o RN, comunicação e o relacionamento entre os pais e a equipe de saúde (Butt et al., 2013).

Quando avaliados os critérios para a insatisfação dos pais com o serviço, a falta de comunicação com os profissionais da equipe de saúde foi apontada como principal fator responsável pelos baixos índices (Butt et al., 2013). Outro fator apontado como responsável pela insatisfação dos pais no contexto da UTIN se refere a inconsistências nas orientações fornecidas pela equipe e nas regras de funcionamento da unidade (Butt et al., 2013), já que este é identificado pelos pais como um fator chave no momento de estabelecer uma relação adequada entre eles e a equipe de saúde (Reis et al., 2010). Apesar dos achados, a satisfação não é avaliada de forma padronizada. Algumas UTINs usam questionários não validados para medir tais experiências, o que dificulta a uniformidade entre os resultados e as medidas para compará-los (Latour, 2011). As avaliações de satisfação de familiares de pacientes foram diretamente relacionadas a sinais de ansiedade e estresse (Latour, 2011). Comparar essas

medidas (estresse, ansiedade e satisfação) pode trazer um resultado de grande importância, já que é possível que a família esteja satisfeita com o serviço prestado e ainda assim vivencie a internação com alto grau de sofrimento psicológico (Latour, 2011).

Frente as evidências científicas, compreende-se que estresse e satisfação se relacionam no ambiente da UTIN, com a hipótese de que quanto maior a satisfação dos pais, menores serão os níveis de estresse que eles apresentam, formulou-se o problema de pesquisa, a saber: qual a relação entre os níveis de estresse e satisfação dos pais de bebês internados em UTIN?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação dos níveis de estresse e satisfação dos pais de recém nascidos internados em UTIN.

2.2 Objetivos específicos

Avaliar os níveis de estresse de pais de recém nascidos internados em UTIN.

Avaliar os níveis de satisfação de pais de recém nascidos internados em UTIN.

3 MÉTODO

3.1 Características gerais do estudo

Trata-se de pesquisa quantitativa, descritiva, transversal e correlacional. Mediu quantitativamente, através de instrumentos, as respostas diretas dadas pelos sujeitos da pesquisa. É considerada de caráter descritivo, na medida em que busca compreender as variáveis sem manipulá-las tendo em vista um resultado específico. Esse tipo de pesquisa descreve a realidade encontrada, medida e observada (Prodanov & Freitas, 2013). É transversal, pois mede e observa por um período específico de tempo, em um momento específico (Bordalo, 2006). Finalmente, esta pesquisa também pode ser considerada de caráter correlacional, pois busca encontrar relações entre as variáveis pesquisadas, apesar de não haver a necessidade de existirem relações causais entre elas (Lima, 2011).

3.2 Participantes

Participaram deste estudo 32 pais e mães de pacientes internados na UTIN. A faixa etária dos participantes variou entre 18 e 46 anos, e todos os participantes eram alfabetizados.

A coleta ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2018 e foi realizada na sala de espera da UTIN, durante o período em que os pais estavam visitando seus filhos no setor e no alojamento conjunto, enquanto as mães permaneciam internadas ao mesmo tempo que seus filhos.

3.3 Local

A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e no alojamento conjunto (leitos de internação onde as puérperas permanecem após o parto) de um hospital localizado no município de Campinas, o Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP-PUC-Campinas). A instituição é filantrópica e oferece atendimento a pacientes de convênios e particulares e também a usuários do SUS (Sistema Único de Saúde). O HMCP possui atualmente 310 leitos, sendo 201 destinados ao atendimento de usuários do SUS.

A UTIN do hospital é subdividida em quatro salas, aonde os pacientes são alocados por nível de complexidade e/ou patologia. Há uma sala específica para o atendimento de bebês internados por patologias cardíacas, duas salas destinadas a pacientes que necessitam de

cuidados intensivos, e uma sala que recebe pacientes que necessitam de cuidados semi-intensivos. É na sala de cuidados semi-intensivos que os pacientes ficam antes de receber alta. Há berços e incubadoras em todas as salas, porém, nas salas de cuidado intensivo grande parte dos pacientes permanece em incubadoras, onde são controladas variáveis como oxigenação e temperatura, por exemplo. Nessa circunstância, os RNs poderão ir para o colo dos pais em algum momento específico do dia ou, em casos mais graves, não poderão sair da incubadora.

A rotina da unidade permite o acesso diário dos pais entre as 8 e as 20 horas, mas não há acomodações para que eles permaneçam em tempo integral com os filhos. Ao chegarem a unidade, os pais tem acesso a armários onde podem guardar seus pertences e um local apropriado para a higienização das mãos. Quando os pais podem pegar os bebês no colo, também é oferecido um avental higienizado, próprio para o contato. Os pais são recebidos como visitantes e tem contato direto com a equipe de enfermagem que os atende em tempo integral, mediante solicitação. O contato com a equipe médica ocorre através dos boletins médicos que têm horário pré determinado e os demais atendimentos, da equipe multiprofissional, ocorrem durante o dia em horários diversos. A unidade permite a visita de avós e irmãos com o acompanhamento da equipe de enfermagem e agendamento prévio.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a amostra. Os critérios de inclusão foram:

- Pais e mães que estavam acompanhando a internação de seus filhos na UTIN há pelo menos um dia;
- Pais e mães que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram:

- Pais ou mães que apresentaram comprometimento cognitivo severo impossibilitando a coleta de dados através dos instrumentos;

3.5 Instrumentos

(a) Ficha de caracterização sociodemográfica dos participantes

Nesta ficha constavam dados como: nome, sexo, idade, data de nascimento, estado civil, escolaridade, profissão, religião, condição atual de trabalho, data de nascimento do bebê, peso

do bebê ao nascer, idade gestacional ao nascer, condições clínicas atuais (ou diagnóstico), tipo de parto, naturalidade, cidade onde mora, quantidade e parentesco ou vínculo de pessoas que residem na mesma casa, quantidade e parentesco ou vínculo de pessoas que oferecem suporte.

(b) Escala para avaliar a satisfação dos pais de recém-nascidos internados EMPATHIC-N (Empowerment of Parent in The Intensive Care – Neonatology)

Este instrumento avalia a satisfação dos pais, mensurando seu “empoderamento” frente à internação de seus filhos em UTIN. Sua versão original foi escrita por Latour (2011), e sua tradução, adaptação transcultural e validação para a língua portuguesa foram realizadas por Gomez, Vidal e Lima (2017). É composta por 67 itens, divididos em seis domínios: informação, cuidado e tratamento, participação dos pais, organização dos pais, atitude profissional e experiência global. O domínio informação avalia a satisfação dos pais com relação a quantidade, frequência, clareza e consistência sobre as informações fornecidas pela equipe. O domínio Cuidados e Tratamento aborda a percepção dos pais a respeito dos cuidados que eram ofertados a seus filhos, como por exemplo nas afirmativas: “A equipe estava atenta a prevenção e tratamento da dor de nossa criança” ou “Quando havia piora, das condições de saúde de nossa criança, os médicos e enfermeiros agiam imediatamente”. O domínio Participação dos Pais aborda a satisfação relacionada a confiança na equipe, participação na tomada de decisões acerca dos cuidados, orientações durante a internação e antes da alta, entre outras. O domínio Organização avalia a satisfação dos pais com relação a limpeza, segurança e espaço da unidade, entre outros. Com relação ao domínio Atitude Profissional, os pais foram questionados sobre a postura da equipe, em quesitos objetivos (como higiene) e subjetivos, como por exemplo a percepção dos pais acerca da compaixão dos colaboradores. O último domínio, Experiência Global, tem apenas duas alternativas, questionando os pais se recomendariam a UTIN para outras pessoas que precisassem e se voltariam para essa unidade caso vivenciem a mesma situação no futuro. A confiabilidade da escala foi mensurada através do alpha de Cronbach e teve resultados que variaram entre 0,73 e 0,93, o que demonstra confiabilidade adequada nas aplicações ao longo do tempo.

Os itens dos domínios são dispostos em forma de questionário, que deve ser respondido utilizando uma escala de um a seis, em que um é “certamente não”, e seis, “certamente sim”, além da alternativa “não se aplica”. Há também uma avaliação de um a dez da equipe médica e de enfermagem e quatro questões abertas que propõem uma avaliação global da satisfação, um espaço para dados demográficos e um espaço para a livre expressão dos pais.

A métrica do instrumento propõe que as respostas sejam contabilizadas de um a seis, sendo um “certamente sim”, e seis “certamente não”. As respostas “não se aplica” são

contabilizadas com o valor máximo (seis). A partir desses valores, é realizada a média dos escores dos seis domínios e a média do nível de satisfação geral.

Ao final do questionário EMPATHIC-N há quatro perguntas abertas para que os pais possam expressar livremente a experiência que tiveram durante a permanência de seus filhos em UTIN. É solicitado que os pais escrevam suas experiências durante a admissão, durante a permanência na UTIN, durante a alta, e a experiência em geral. Para a validação do instrumento, não é obrigatório que eles respondam a tais questões. O autor propõe que as respostas fornecidas na análise qualitativa sejam consideradas para o *feedback* a ser dado para a equipe da UTIN e também para complementar e esclarecer os resultados encontrados na análise quantitativa do instrumento. A parte qualitativa da escala não foi utilizada nesse estudo, devido a seu caráter exclusivamente quantitativo.

(c) Escala para avaliar estresse de pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal PSS: NICU

A escala PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) aborda os estressores que existem, para os pais, em uma UTIN. A escala foi adaptada da escala PSS: PICU (Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit), que tem o mesmo objetivo, porém, no contexto da UTI Pediátrica. Para a adaptação ao contexto da UTIN foram realizadas diversas pesquisas, entrevistas e consultas, que resultaram em quatro eixos principais de análise: aparência dos bebês, mudanças no papel de pais, diferenças do ambiente e rotinas da unidade (Souza, 2009). A escala foi validada em sua versão original por Miles et al. (1993), e sua adaptação cultural e validação para a língua portuguesa foram realizadas por Souza (2009). A confiabilidade da escala é mensurada pelo coeficiente de correlação intraclassa (ICC), que ficou em 0,70, demonstrando estabilidade entre as avaliações. A consistência interna da escala foi mensurada pelo alpha de Cronbach, e os resultados foram de 0,8 a 0,92, o que faz com que a escala seja adequada nesse quesito.

Nessa escala, são descritas 26 situações específicas, comumente vivenciadas no ambiente da UTIN, a partir de três subescalas: sons e imagens, aparência e comportamento do bebê e alteração no papel de mãe/pai. É solicitado aos pais que classifiquem seu estresse diante de cada uma delas em uma escala do tipo Likert, com pontuação de 1 a 5 (em que 1 significa não estressante, e 5 significa extremamente estressante) (Souza, 2009).

A primeira subescala, que aborda os Sons e a Imagens da UTIN solicita que os pais classifiquem seu estresse com relação a presença de monitores e seus ruídos, barulhos repetidos de equipamentos, a imagem de outros bebês doentes na mesma sala, entre outros. A segunda subescala solicita que os pais classifiquem seu estresse frente a Aparência e Comportamento

do Bebê, como por exemplo: a respiração incomum, ver agulhas e tubos no bebê, ver movimentos agitados e inquietos, entre outros. Por fim, a terceira subescala avalia o estresse dos pais com relação a Alteração no Papel de Mãe/Pai e aborda questões relacionadas à separação do bebê, a impossibilidade de cuidar do bebê e passar tempo sozinho com ele, entre outros.

O instrumento possui três métricas para que sejam calculados os escores. A primeira indica o Nível de Ocorrência de Estresse, onde as afirmativas classificadas como “não se aplica” não são contabilizadas e é feita a média da soma dos escores das respostas afirmativas com o denominador da quantidade de respostas afirmativas (excluindo as respostas “não se aplica” do denominador). A segunda métrica indica o Nível Geral de Estresse, e as respostas “não se aplica” são contabilizadas com o escore mais baixo (um). A partir disso, é feita a média dos escores das respostas afirmativas com o denominador da quantidade de afirmativas da subescala. As duas primeiras métricas são aplicadas para cada subescala (sons e imagens, aparência e comportamento do bebê e alteração no papel de mãe/pai).

A terceira métrica apresenta o escore das três subescalas, indicando o Número Total de Experiências a partir da soma dos escores das respostas positivas das três subescalas, e o denominador é o número total de respostas positivas, excluindo as afirmativas que foram classificadas como “não se aplica”. O resultado, portanto, varia de 1 a 5, onde: 1 – não estressante; 2 – pouco estressante, 3 – moderadamente estressante; 4 – muito estressante e 5 – extremamente estressante.

3.6 Procedimento

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da PUC-Campinas. A partir da aprovação, a pesquisadora realizou contato via telefone, e foi agendada uma reunião com o coordenador do setor para esclarecer sobre a pesquisa e estratégias de abordagem dos participantes. Participaram da reunião o coordenador (médico) da unidade e a enfermeira que estava de plantão. Após a aprovação do coordenador, foi realizado contato com a psicóloga responsável pela unidade, que auxiliou na entrada da pesquisadora nos campos onde foram coletados os dados, com o objetivo de esclarecer as rotinas das unidades (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN e alojamento conjunto). A pesquisadora e o projeto foram apresentados aos membros da equipe presentes em cada sala da UTI Neonatal e no posto de enfermagem do alojamento conjunto.

Os locais da coleta de dados foram a sala de espera que fica dentro da UTIN e os quartos do alojamento conjunto. A sala de espera da UTIN é usada exclusivamente pelos pais para descanso e espera por informações e procedimentos, e também para que os pais guardem seus pertences durante o tempo que permanecem na unidade. A sala preserva a privacidade dos participantes por ser um local pouco utilizado, pois a maior parte dos pais fica ao lado de seus filhos nas salas onde estão internados. Os quartos do alojamento conjunto também foram utilizados para a coleta de dados. As participantes que estavam internadas foram abordadas apenas nos momentos em que estavam sozinhas (sem visitantes) para preservar sua privacidade. Além disso, os leitos do alojamento conjunto são fechados e de acesso restrito aos visitantes e profissionais de saúde.

Uma aplicação piloto foi realizada antes da coleta dos dados. Após o estudo piloto, os pais que estavam presentes na unidade passaram a ser convidados pela pesquisadora para participar. Para os pais que aceitaram, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, a pesquisadora forneceu os instrumentos, começando pela Ficha de Caracterização Sociodemográfica, seguida pelos instrumentos de avaliação de estresse e satisfação (PSS: NICU e EMPATHIC-N).

A aplicação dos instrumentos foi realizada de forma individual pela pesquisadora para garantir a compreensão dos instrumentos e o seu preenchimento correto. O tempo de preenchimento dos instrumentos foi de, em média, 40 minutos, e todo o material foi fornecido pela pesquisadora.

3.7 Análise de dados

Para descrever o perfil da amostra, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (idade, gênero, estado civil, escolaridade, profissão, condição atual de trabalho, religião, prática religiosa, naturalidade, cidade onde reside, tipo de parto e diagnóstico do RN), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, escores das escalas, idade gestacional do RN ao nascer, peso do RN ao nascer, quantidade de pessoas que moram na casa e quantidade de pessoas que oferecem apoio), com valores de média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis.

Para comparação das variáveis categóricas com os níveis de estresse, foi utilizado o teste exato de Fisher, devido à frequência de valores esperados menores que 5. Para comparação das variáveis numéricas com os níveis de estresse, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição normal das variáveis. Para analisar a relação entre as variáveis

numéricas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $P < 0,05$. A análise estatística foi feita com o programa The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2. SAS Institute Inc, 2002-2008, Cary, NC, USA.

3.8 Aspectos éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas pelo parecer de número 2.646.598. Os procedimentos descritos neste projeto foram realizados de forma a garantir o aspecto ético na pesquisa de acordo com a legislação do Conselho Nacional de Saúde, conforme a Resolução n. 466/2012, e as diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa Humana da PUC-Campinas.

4 RESULTADOS

Os resultados deste trabalho foram organizados em cinco subseções. A primeira apresenta a caracterização dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o tipo de parto ao qual a mãe foi submetida. A segunda apresenta as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, apontando o número de pessoas que residem junto ao participante e o número de pessoas que oferecem apoio durante a internação. Os resultados obtidos no instrumento que avalia o estresse dos pais, a escala PSS:NICU, estão na terceira subseção. A quarta subseção apresenta os resultados obtidos na escala que avalia a satisfação dos pais, a EMPATHIC-N. Por fim, a quinta subseção apresenta os resultados das análises de correlação que existem entre as variáveis categóricas, numéricas e os escores dos instrumentos aplicados (escala de avaliação de estresse e de satisfação).

4.1 Caracterização dos participantes

As tabelas a seguir apresentam as respostas fornecidas pelos participantes ao preencherem a Ficha de Caracterização Sociodemográfica.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra composta por pais de recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Gênero	N	%
Homem	5	15,6
Mulher	27	84,3
Idade		
< 20	2	6,25
20-29	17	53,13
30-39	11	34,38
40-49	2	6,25
Estado civil		
Solteiro	8	25
Casado	24	75
Naturalidade		
Campinas e região metropolitana	17	53,13
Outras cidades	15	46,88
Cidade onde mora		
Campinas e região metropolitana	28	87,5
Outras cidades	4	12,5

Tabela 1 - *continuação*

Escolaridade	N	%
1º Grau Incompleto	2	6,25
1º Grau Completo	3	9,38
2º Grau Incompleto	6	18,75
2º Grau Completo	15	46,88
Superior Completo	6	18,75
Religião		
Católica	11	34,38
Evangélica	14	43,75
Outras	3	9,38
Sem religião	4	12,50

Conforme observado na Tabela 1, a maioria da amostra era composta de mulheres, e a idade média dos participantes foi de 28,5 anos ($\pm 6,4$). Em relação ao estado civil, a maioria era casada ou em união estável, e morava na cidade de Campinas. A maior parte dos participantes possui religião e, destes, quase metade da amostra se declarou evangélica. A maioria também possuía nível de escolaridade até o segundo grau completo.

Tabela 2

Quantidade de pessoas que coabitam com os participantes

Número de coabitantes	N	%
1	6	18,75
2	9	28,13
3	6	18,75
4	3	9,38
5	4	12,50
6	1	3,13
8	1	3,13
9	1	3,13
10	1	3,13

Em relação à quantidade de pessoas que moram na mesma casa, a maioria dos participantes vive com até 5 pessoas, mas quase 40% moram ou sozinhas ou com o(a) companheiro(a).

Tabela 3

Quantidade de pessoas que oferecem apoio aos participantes durante a internação

Quantidade de pessoas que oferecem apoio	N	%
Até 2	7	21,88
3	7	21,88
4	8	25,00
5 ou mais	10	31,25

Em relação à quantidade de pessoas que oferecem apoio, pouco mais que um terço da amostra relatou que recebe apoio de pelo menos 5 pessoas.

Tabela 4

Análise das variáveis numéricas de rede de apoio e pessoas coabitantes dos participantes

Variável	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima
Pessoas na casa	32	3,34	2,32	1	3	10
Rede de apoio	32	4,22	2,22	1	4	9

A tabela compara o número de pessoas que residem junto aos pais e o número de pessoas que oferecem suporte à internação. A média do número de pessoas coabitantes dos participantes é de 3,34 pessoas. O mínimo apontado por eles foi 1 (moram sozinhos), e o máximo foi de 10 pessoas. Em relação às pessoas que oferecem apoio durante a internação, a média foi de 4,22 pessoas, sendo o mínimo 1 e o máximo 10 pessoas.

Em relação à rede de apoio dos participantes, vê-se que ela se estende para além das pessoas que vivem na mesma casa, já que a maioria dos participantes vive com até 5 pessoas em casa e recebe apoio de 5 ou mais pessoas durante a internação. A maioria expressa dos participantes relatou viver apenas com mais uma pessoa na mesma residência, e a média de todos eles foi de 3,34 pessoas.

4.2 Caracterização dos pacientes

A tabela a seguir demonstra as respostas dos 32 pais e mães que participaram da pesquisa com relação ao diagnóstico de seus filhos.

Tabela 5

Diagnósticos dos RNs internados na UTIN segundo as respostas dos pais

Diagnóstico do RN	N	%
Anoxia	1	3,13
Baixo peso	5	15,63
Cardiopatia	2	6,25

Tabela 5 - continuação

Desconforto respiratório	7	21,88
Extrofia de bexiga	1	3,13
Taquipneia	1	3,13
Lesões a esclarecer	1	3,13
Prematuridade	11	34,39
Não souberam responder	3	9,38

Observa-se que o principal diagnóstico entre os RNs internados em UTIN é a prematuridade, totalizando quase um terço da amostra. O segundo diagnóstico mais apontado pelos pais foi o de desconforto respiratório, que representa 7 RNs, totalizando 21,88%. Por último, os pais apontaram o diagnóstico de baixo peso, onde se enquadram 5 RNs ou 15,63% da amostra. Entre os participantes, 9,38% (3 pessoas) não souberam responder qual era o diagnóstico de internação do RN.

Tabela 6

Idade gestacional e peso dos RNs internados na UTIN segundo as respostas dos pais

Variável	N	Média	DP	Mínima	Q1	Mediana	Q3	Máxima
Idade Gestacional	30	34,60	4,01	27	33	34	38	40
Peso RN (g)	31	2.232	1.012,70	640	1.350	1.960	3.185	4.085

A partir desta tabela, a média das idades gestacionais dos RNs foi de 34,60 semanas, sendo a idade gestacional mínima de 27 semanas, e a máxima de 40 semanas. Em relação ao peso dos RNs, a média é de 2.232 gramas, sendo o peso mínimo de 640 gramas, e o máximo de 4.085 gramas.

4.3 Escala de estresse

Tabela 7

Nível de ocorrência de estresse dos participantes segundo os escores da escala PSS:NICU

Variável	N	Média	DP	Mínima	Q1	Mediana	Q3	Máxima
Sons e imagens	32	2,05	0,84	1	1,18	2	2,67	4,17
Aparência e comportamento	32	2,82	1,23	1	1,81	2,74	3,89	5
Alteração no papel de pai/mãe	32	3,83	1,36	1	2,99	4,43	5	5

A tabela apresenta os resultados do nível de ocorrência de estresse. A média das respostas de estresse em função da subescala “Sons e imagens” foi de 2,05, podendo variar de

1 a 4,17, o que significa que, nela, os pais apresentam pouco estresse. Na subescala “Aparência e comportamento do bebê”, a média foi de 2,82, o que mantém o escore dos pais resultando em pouco estresse. A resposta máxima é 5, e a mínima 1. A subescala “Alteração no papel de pai/mãe” apresenta os índices mais altos, com média de 3,83 e máxima de 5, indicando que nela os pais apresentam estresse moderado.

Tabela 8

Nível geral de estresse dos participantes segundo os escores da escala PSS:NICU

Variável	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima
Sons e imagens	32	1,97	0,81	1	1,93	4,17
Aparência e comportamento	32	2,39	1,10	1	2,23	4,77
Alteração no papel de pai/mãe	32	3,63	1,39	1	4,43	5

Em relação ao nível geral de estresse, a média das respostas para a subescala “Sons e imagens” foi de 1,97, com as respostas máximas atingindo 4,17, o que significa que os pais apresentam pouco estresse nessa medida. A subescala “Aparência e comportamento do bebê” tem como média 2,39, e a resposta máxima 4,77, indicando que, em relação a essa medida, os pais apresentam pouco estresse. A terceira subescala, “Alteração no papel de pai/mãe”, teve como média 3,63, apontando que, nela, os pais apresentam estresse moderado, com a resposta máxima sendo 5.

O nível de ocorrência de estresse e o nível geral de estresse dos pais se mantêm na categoria “pouco estresse” nas subescalas “Sons e imagens” e “Alteração e comportamento do bebê”. O estresse moderado, em nível de ocorrência e nível geral, está presente na subescala “Alteração do papel de pai/mãe”. Assim, os pais consideram sua experiência pouco ou moderadamente estressante. Vale ressaltar que não há escores médios que avaliem a experiência como “não foi estressante”.

Tabela 9

Número total de experiências dos participantes segundo os escores da escala PSS:NICU

Variável	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima
Total de experiências	32	3,02	1,05	1	3,13	5,11

A terceira métrica do instrumento avalia o estresse no número total de experiências dos pais, fornecendo um resultado geral, somando as três subescalas. A média foi de 3,02, portanto, a experiência dos participantes de modo geral foi moderadamente estressante.

4.4 Escala de satisfação

4.4.1 Avaliação de satisfação dos participantes segundo os escores obtidos nas afirmativas da escala EMPATHIC-N

Tabela 10

Escores de satisfação dos participantes nas afirmativas da escala EMPATHIC-N

Variável	N	Média	DP	Mínima	Q1	Mediana	Q3	Máxima
Informação	32	5,50	0,61	3,55	5,36	5,68	5,91	6
Cuidados e tratamento	32	5,73	0,36	4,88	5,56	5,88	6	6
Participação dos pais	32	5,76	0,44	4,14	5,64	6	6	6
Organização	32	5,65	0,46	4,14	5,36	5,93	6	6
Atitude profissional	32	5,67	0,45	4,45	5,50	5,91	6	6
Experiência global	32	5,61	0,92	2	5,75	6	6	6
Total geral	32	5,65	0,36	4,61	5,57	5,76	5,93	6

As médias de todas as subescalas foram próximas de 6, escore máximo da escala, o que indica alto nível de satisfação em todas as subescalas do instrumento. As menores médias são das subescalas Informação (5,50) e “Experiência global” (5,61). A maior média de satisfação foi da subescala que mensura a “Participação dos pais”, com 5,76.

4.4.2 Avaliação de satisfação dos participantes com a equipe médica e de enfermagem no instrumento EMPATHIC-N

Tabela 11

Escores de satisfação dos participantes na avaliação da equipe médica e de enfermagem no instrumento EMPATHIC-N

Variável	N	Média	DP	Mínima	Mediana	Máxima
Avaliação médicos	32	8,97	1,69	1	9	10
Avaliação enfermeiros	32	8,91	1,53	2	9	10
Total equipe	32	8,94	1,58	1,50	9	10

A avaliação de médicos e enfermeiros apresenta pouca variação, com pequeno destaque para a equipe médica, que teve uma nota média de avaliação de 8,97, enquanto a equipe de enfermagem foi avaliada com 8,91. Esses resultados permitem a avaliação da equipe como um

tudo, que foi de 8,94. Sendo a resposta máxima 10, a equipe foi avaliada positivamente pelos pais.

4.5 Relações entre o estresse e a satisfação dos pais

Ao comparar as variáveis categóricas com os níveis de estresse, através do Teste Exato de Fischer, os resultados apontam diferença significativa entre níveis de estresse para a variável religião. Há maior frequência de pouco estresse nos participantes que declararam não ter nenhuma religião, estresse moderado em participantes que se declararam católicos e altos níveis de estresse nos participantes que são evangélicos ou adeptos de outras religiões.

Tabela 12

Correlação entre a variável categórica religião e níveis de estresse pelo número total de experiências dos participantes

	Pouco % (N)	Moderado % (N)	Alto % (N)	Total (N)
Católica	35,71 (5)	54,55 (6)	00,00 (0)	11
Evangélica	28,57 (4)	45,45 (5)	71,43 (5)	14
Outras	7,14 (1)	00,00 (0)	28,57 (2)	3
Sem religião	28,57 (4)	00,00 (0)	00,00 (0)	4
Total (N)	14	11	7	32

P = 0,019

Tabela 13

Comparação das variáveis numéricas dos três instrumentos para os participantes que apresentaram pouco estresse, estresse moderado e muito estresse

Variável	Pouco Estrese	Estresse Moderado	Muito Estresse
	Média (N= 14)	Média (N=11)	Média (N=7)
Idade	27,36	28,91	30,14
IG	35,08*	34,90*	33,29
Peso do RN	2.442,7*	2.189,2	1.907,9
Pessoas na casa	3,36	3,45	3,14
Rede de apoio	3,86	3,82	5,57
PSS total	2,05	3,43	4,33
EMPATHIC-N			
Informação	5,38	5,58	5,64
Cuidados e tratamento	5,67	5,73	5,84
Participação pais	5,89	5,51	5,90
Organização	5,51	5,74	5,80
Atitude profissional	5,60	5,74	5,71

Tabela 13 - *continuação*

Variável	Pouco Estresse	Estresse Moderado	Muito Estresse
	Média (N= 14)	Média (N=11)	Média (N=7)
Experiência global	5,39	5,86	5,64
Total geral	5,57	5,69	5,75
Avaliação médicos	8,64	9,36	9,00
Avaliação enfermeiros	8,57	9,18	9,14
Total equipe	8,61	9,27	9,07

A tabela apresenta as variáveis numéricas dos três instrumentos (ficha de caracterização, PSS:NICU e EMPATHIC-N), Os resultados apontam que, entre os participantes que apresentaram pouco estresse, a média de idade é de 27,36 anos, com desvio-padrão de 7,57, e as idades variam de 18 a 46 anos nesse grupo, que contém no total 14 participantes. Em relação às idades gestacionais dos RNs, a média foi de 35,08 semanas, com o peso médio dos RNs sendo de 2.442,7 gramas. É importante salientar que, entre os 14 participantes, um não soube responder a idade gestacional e o peso do RN ao nascer, diminuindo o N para 13 participantes nessa variável. A idade gestacional mínima foi de 28 semanas, enquanto a máxima foi de 40 semanas. O peso mínimo foi de 640 gramas, e o máximo foi de 4.085 gramas.

Em relação às pessoas que residem na mesma casa e às que fazem parte da rede de apoio, a média foi de 3,36 e 3,86 pessoas, respectivamente.

Quanto aos instrumentos de estresse, todas as respostas fornecidas por esses participantes estiveram abaixo de 3, o que significa que apresentaram pouco estresse. Os níveis de satisfação se mantiveram altos, com a menor média em 5,38, e desvio-padrão de 0,73, referente à subescala relacionada a Informação. A maior média de satisfação dos pais foi de 5,89, na subescala Participação dos pais. As avaliações dos médicos e enfermeiros tiveram médias altas, de 8,64 e 8,67, respectivamente. Porém, há variações significativas nas avaliações, indicando que ao menos um participante avaliou os médicos com nota 1 e os enfermeiros com nota 2 em uma escala de 1 a 10, onde 1 é a nota mínima, e 10 a nota máxima.

No grupo de participantes que apresentaram estresse moderado, a média de idade foi de 28,91 anos, com desvio-padrão de 6,7. As idades variam entre 19 e 39 anos, e o grupo é composto por 11 participantes. As idades gestacionais dos RNs ao nascer têm a média de 34,90 semanas, variando entre 28 e 39 semanas. Nesse grupo, um dos participantes não soube responder a idade gestacional do RN, diminuindo o N para 10 na análise dessa variável. Em relação aos pesos dos RNs, a média foi de 2.189,2 gramas, variando entre 830 e 4.025 gramas.

A média de pessoas que vivem na casa foi de 3,45, com desvio-padrão de 2,58, enquanto a média de pessoas que oferecem apoio durante a internação foi de 3,82 pessoas, com desvio-padrão de 1,54.

Nessa tabela, todas as médias dos escores da escala de estresse ficaram entre 3 e 4, o que representa níveis de estresse moderados.

Em relação à satisfação, a menor média foi de 5,51 e representa a subescala que avalia a participação dos pais no contexto da UTIN. A maior média de satisfação foi da subescala experiência global, que pontuou 5,86.

A avaliação de satisfação dos pais com relação à equipe apresentou médias altas, o que indica elevada satisfação. A avaliação média dos enfermeiros foi de 9,18, enquanto a dos médicos foi de 9,36.

Por fim, o grupo de participantes que apresentou muito estresse tem como média de idade 30,14 anos, com desvio-padrão de 2,54. As idades variam entre 27 e 34 anos de idade, e o grupo é composto por 7 participantes.

A média das idades gestacionais dos RNs foi de 33,29 semanas, com desvio-padrão de 4,23, enquanto os pesos dos RNs variaram de 915 a 3.255 gramas, com média de 1.907,9 gramas.

A média de pessoas que vivem na mesma casa foi de 3,14, e a de pessoas que oferecem apoio foi de 5,76, com desvios-padrão de 1,35 e 3,15, respectivamente.

Todos os escores médios de estresse ficaram entre 4 e 5, o que configura que esses pais apresentaram muito estresse. Em relação à satisfação, a média mais alta foi de 5,90 na subescala que avalia a participação dos pais, enquanto a menor média foi de 5,64 em duas escalas: informação e experiência global.

A média da avaliação da equipe foi de 9,07, o que representa elevado nível de satisfação. A média da avaliação dos médicos e enfermeiros foi de 9 e 9,14, respectivamente.

O maior grupo de pais participantes da pesquisa era composto por 14 pessoas, que apresentaram pouco estresse. O segundo grupo mais numeroso era composto por 11 participantes, que apresentaram estresse moderado. Por último, o terceiro grupo foi formado por 7 participantes, que consideraram a experiência muito estressante. É possível afirmar que, entre os participantes, não há médias que signifiquem que a experiência na UTIN não é estressante, assim como não há pais que tenham atingido médias que indiquem que a experiência é extremamente estressante.

Tabela 16

Correlação entre as variáveis numéricas e os escores da escala PSS:NICU

	Sons e imagens 1	Aparência e comportamento 1	Alteração papel de pais 1	Sons e imagens 2	Aparência e comportamento 2	Alteração papel de pais 2	Número total de experiências
Idade	<u>0,41</u> 0,01 32	0,31 0,07 32	0,17 0,32 32	<u>0,37</u> 0,03 32	0,34 0,05 32	0,20 0,26 32	0,34 0,05 32
Idade gestacional	-0,00 0,99 30	-0,07 0,69 30	0,06 0,74 30	0,01 0,91 30	-0,13 0,46 30	-0,04 0,80 30	0,00 0,99 3
Peso RN	-0,05 0,74 31	-0,11 0,54 31	-0,02 0,91 31	-0,00 0,98 31	-0,14 0,43 31	-0,13 0,46 31	-0,13 0,48 31
Pessoas na casa	-0,01 0,94 32	0,29 0,09 32	0,06 0,70 32	-0,00 0,96 32	0,31 0,07 32	0,04 0,79 32	0,14 0,43 32
Rede de apoio	0,32 0,06 32	0,15 0,40 32	0,32 0,06 32	0,28 0,11 32	0,19 0,29 32	<u>0,36</u> 0,03 32	0,30 0,08 32

Houve correlação positiva entre a variável idade e a subescala Sons e imagens nas duas métricas do instrumento PSS:NICU (Nível de ocorrência de estresse e nível geral de estresse), o que significa que, quanto maior a idade, maior o nível de estresse apontado pelos participantes na subescala com $r = 0,41$ e $p = 0,01$ na primeira métrica, e $r = 0,37$ e $p = 0,03$ na segunda métrica.

Outra correlação positiva encontrada foi entre a variável categórica Rede de apoio e a subescala Alteração no papel de pais, referente ao nível geral de estresse (segunda métrica do instrumento PSS:NICU). Assim, quanto maior a rede de apoio, maior o nível geral de estresse referido pelos pais no que diz respeito à alteração em seu papel de pai/mãe.

Tabela 17

Correlação entre as variáveis numéricas e os escores dos seis domínios da escala EMPATHIC-N

	Informação	Cuidados e tratamento	Participação dos pais	Organização	Atitude profissional	Experiência global	Total geral
Idade	0,19 0,29 32	-0,08 0,63 32	-0,02 0,88 32	0,15 0,38 32	<u>-0,36</u> 0,04 32	0,19 0,27 32	0,057 0,75 32
Idade gestacional	<u>-0,42</u> 0,02 30	-0,17 0,35 30	0,00 0,98 30	-0,27 0,13 30	0,06 0,72 30	-0,10 0,57 30	<u>-0,41</u> 0,02 30

Peso RN	-0,28 0,12 31	-0,04 0,81 31	0,08 0,65 31	-0,16 0,36 31	0,09 0,62 31	-0,14 0,43 31	-0,22 0,21 31
Pessoas na casa	-0,01 0,92 32	0,06 0,70 32	-0,26 0,14 32	-0,10 0,55 32	0,19 0,28 32	0,03 0,86 32	0,06 0,72 32
Rede de apoio	0,07 0,68 32	-0,24 0,18 32	-0,21 0,22 32	<u>-0,36</u> 0,04 32	-0,17 0,33 32	0,03 0,83 32	-0,07 0,69 32

Ao comparar as variáveis numéricas com os escores da escala EMPATHIC-N, foi encontrada correlação negativa entre a variável Idade gestacional e a subescala Informação, com $r = -0,42$ e $p = 0,02$, o que significa que, quanto maior a idade gestacional, menor a satisfação dos pais com relação às informações que recebem por parte da equipe.

Outra correlação negativa encontrada foi entre as variáveis Rede de apoio e Organização, com $r = -0,36$ e $p = 0,04$, o que permite concluir que, quanto maior o número de pessoas que oferecem apoio durante a internação, menor é a satisfação dos pais com relação à organização da UTIN.

A terceira correlação negativa encontrada relaciona a variável Idade e a subescala Atitude profissional e indica que, quanto maior a idade do participante, menor a sua satisfação com a atitude profissional percebida da equipe de saúde. Essa correlação apresenta $r = -0,36$ e $p = 0,04$.

A quarta e última correlação encontrada também é negativa e envolve a variável Idade gestacional e o Escore total da escala de satisfação, portanto, é possível afirmar que, quanto maior a idade gestacional dos RNs, menor é a satisfação dos pais com a UTIN. Essa correlação apresentou $r = -0,41$ e $p = 0,02$.

Ao correlacionar as variáveis numéricas com a avaliação dos médicos, enfermeiros e total da equipe, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas.

Tabela 18

Correlações significativas entre os escores da escala PSS:NICU e da escala EMPATHIC-N

	Sons e imagens 1	Sons e imagens 2
Avaliação dos enfermeiros	<u>-0,35</u> 0,04	<u>-0,38</u> 0,02
Avaliação total da equipe	-0,33 0,06	<u>-0,36</u> 0,03

Ao correlacionar os escores das duas escalas, foram encontradas correlações significativas entre os escores da subescala Sons e imagens, na escala de estresse, e os escores de Avaliação dos Enfermeiros e Avaliação total da equipe, na escala de satisfação. Pode-se concluir, portanto, que, quanto maior a satisfação na avaliação da equipe de enfermagem, menor o estresse dos pais com relação aos sons e imagens da UTIN, na primeira métrica do instrumento PSS:NICU. Essa correlação tem $r = -0,35233$ e $p = 0,0480$.

Os escores da segunda métrica, na subescala Sons e imagens do instrumento PSS:NICU, apresentaram correlação negativa com a avaliação dos enfermeiros, do que também se conclui que a satisfação demonstrada na avaliação dos enfermeiros é inversamente proporcional ao nível de estresse dos pais em relação aos sons e imagens da UTIN.

A avaliação total da equipe, que considera a satisfação dos pais com os médicos e com os enfermeiros, também apresentou correlação negativa com os escores da subescala Sons e imagens na segunda métrica do instrumento PSS:NICU, o que permite concluir que, quanto maior a satisfação dos pais com a equipe médica e de enfermagem, menor o estresse relacionado aos sons e imagens da UTIN.

Os resultados permitem concluir que os sons e as imagens da UTIN, nas duas métricas específicas das subescalas no instrumento PSS:NICU, se relacionam diretamente com a satisfação dos pais, interagindo de forma inversamente proporcional, ou seja, quando a satisfação é maior, o estresse é menor.

4.6 Resumo dos resultados

a) Em relação ao estresse, pôde-se concluir que: o nível de ocorrência de estresse e o nível geral de estresse dos pais que participaram desse estudo se encaixam na categoria “pouco estressante” nas subescalas “Sons e imagens” e “Aparência e comportamento do bebê”. A categoria “moderadamente estressante” está presente nos resultados da subescala “Alteração no papel de pai/mãe”. O nível de estresse dos pais que participaram dessa pesquisa no número total de experiências foi considerado moderado. Houve correlação estatisticamente significativa quando comparadas as idades dos participantes com os níveis geral e de ocorrência de estresse, assim, quanto maior a idade do participante, maiores os níveis de estresse.

b) A satisfação dos pais apresentou níveis elevados em todos os domínios. A média mais elevada foi no domínio “Participação dos pais”, e as médias levemente menores estão nos domínios “Informação” e “Experiência global”. A satisfação com a equipe médica foi de 8,97,

e com a equipe de enfermagem foi de 8,91, ambas em uma escala de 1 a 10. Pôde-se observar que, quanto maior a idade do participante, menor a satisfação no domínio “Atitude profissional” e que, quanto maior a idade gestacional, menor a satisfação com as informações e menor a satisfação geral dos pais.

c) Nas correlações entre os escores de estresse e satisfação, pôde-se observar que, quanto maior a satisfação dos pais da amostra com a equipe de enfermagem, menor o nível de ocorrência e o nível geral de estresse na subescala “Sons e imagens” e que, quanto maior a satisfação dos participantes com a equipe, menor o nível geral de estresse na subescala “Sons e imagens”. Com relação à rede de apoio: a maior parte dos pais da amostra refere ter uma rede de apoio com 5 pessoas ou mais, sendo a média de 4,22 pessoas. Pôde-se observar que, quanto maior o número de pessoas que compõem a rede de apoio, maior o nível geral de estresse e menor a satisfação no domínio “Organização”.

5 DISCUSSÃO

Este estudo analisou os níveis de estresse e satisfação dos pais e possíveis correlações entre eles. Os principais dados indicaram que não há respostas que considerem a experiência como “não estressante”, com escores totais que variam de “pouco estressante” a “muito estressante”. Assim, todos os participantes dessa pesquisa referem ter tido uma experiência estressante, porém, em diferentes níveis.

Os pais apresentam pouco estresse em duas das três subescalas do instrumento, “Sons e imagens” e “Aparência e comportamento do bebê”, indicando que os estímulos que estão relacionados a essas subescalas geram estresse, porém, com escores baixos. O estresse moderado dos pais está presente na terceira subescala, que está relacionada à “Alteração no papel de pai/mãe”, o que indica que o principal estressor para os pais é a maneira como eles se relacionam e têm acesso ao seu bebê durante o período de internação.

A escala PSS:NICU foi utilizada em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, e avaliou os níveis de estresse de pais em uma UTIN. Os resultados obtidos corroboram este estudo, apontando que os maiores escores de estresse estão na subescala que aborda a alteração no papel de pai/mãe, na qual os pais consideram as afirmativas dentro das categorias “muito estressante” e “extremamente estressante” com mais frequência (Stübe et al., 2018). As outras subescalas, “Sons e imagens” e “Aparência e comportamento do bebê”, foram majoritariamente classificadas pelos pais como “não foi estressante”, “pouco estressante” ou “moderadamente estressante”, apontando escores mais baixos de estresse se comparadas à subescala que aborda a alteração no papel de pai/mãe (Stübe et al., 2018), assim como neste estudo.

A separação entre pais e bebês imposta pelo ambiente da UTIN é amplamente discutida e, como pôde-se observar nos resultados, é a principal fonte geradora de estresse aos pais. Durante a internação, eles precisam abrir mão dos cuidados de seus filhos e compartilhá-los com enfermeiros, médicos e outros profissionais da equipe, evidenciando a separação do bebê e a dificuldade para se integrarem ao serviço de saúde para poder cuidar da criança e desempenhar seu papel (Abuidhail, Al-Motlaq, Mrayan, & Salameh, 2017). Para as mães, apenas assistir à equipe oferecer cuidados ao RN traz o sentimento de privação da função materna, impedindo muitas vezes que elas aceitem e reconheçam os filhos e aceitem-se e reconheçam-se como mães (Veronez et al., 2017).

Pode-se também levantar a hipótese de que os sons e imagens da UTIN, considerando que esses estejam relacionados com as máquinas e equipamentos do setor, possam influenciar no estresse moderado que os pais apresentam na subescala que avalia a alteração no papel de

pai/mãe. Os equipamentos necessários ao tratamento do RN podem dificultar a aproximação e a interação entre os pais e o RN, como, por exemplo, nos momentos em que os pais não podem pegar seus filhos no colo devido à necessidade de permanência integral dentro de uma incubadora.

Grande parte dos pais tem receio de se aproximar de seus filhos durante o período de internação, principalmente quando os RNs estão ligados a máquinas e equipamentos, o que dificulta o contato e a formação do vínculo afetivo (Girardon-Perlini, Viana, Sand, Rosa, & Beuter, 2012). Cabe à equipe esclarecer as dúvidas dos pais sobre as possibilidades de manejo com o RN, estimulando o contato entre ele e seus pais (Girardon-Perlini et al., 2012; Ottosson & Lantz, 2017). Os aparelhos, a iluminação e a movimentação constante podem ser fontes geradoras de estresse, e a equipe deve esclarecer as dúvidas sobre o funcionamento da UTIN, integrando os pais à rotina do serviço e permitindo que eles compreendam a funcionalidade das condutas e equipamentos presentes no serviço (Schmidt et al., 2010)

Assim, a equipe de saúde desempenha um papel fundamental junto aos familiares dos RNs internados em UTIN, com destaque para a equipe de enfermagem como principal facilitadora da adaptação dos pais ao contexto hospitalar, o que vai ao encontro de um estudo realizado no Sul do Brasil em que pais relataram considerar humanizada a atuação que preza pelas orientações, fortalecimento do vínculo entre eles e o RN e efetivas relações interpessoais (Pieszak et al., 2017).

A equipe que atua em UTIN deve buscar minimizar a separação entre os pais e o bebê, promovendo um ambiente que incentive ou fortaleça o vínculo afetivo entre eles (Souza & Pegoraro, 2017). Para que isso ocorra, deve-se promover um ambiente acolhedor e receptivo, já que para os pais o ambiente da UTIN é visto como hostil e dificulta comportamentos espontâneos que fazem parte da construção do vínculo com seus bebês (Souza & Pegoraro, 2017). Além de facilitar o vínculo, quando a equipe favorece a aproximação entre os pais e o bebê, incentiva a permanência dos primeiros na UTIN e os instrumentaliza para oferecer aos bebês os cuidados necessários após a alta (Veronez et al., 2017). Corroborando essa hipótese, um estudo realizado na Arábia Saudita apontou que pais que não receberam suporte da equipe no manejo com seus filhos apresentaram altos níveis de estresse, ansiedade e insatisfação com o serviço que lhes foi prestado (Magliyah & Razzak, 2015).

A correlação com os níveis de estresse foi encontrada quando comparadas as idades dos pais com o nível de ocorrência de estresse na subescala “Sons e imagens”. Pôde-se perceber que, nessa amostra, quanto maior a idade dos pais, maior o nível de ocorrência de estresse na subescala “Sons e imagens”.

Na literatura, o que corrobora com esses resultados é o fato de a prematuridade (principal diagnóstico dos RNs internados na UTIN) ser bastante associada à idade materna, uma vez que mães com mais de 35 anos têm mais chances de ter um parto prematuro (Pieszak et al., 2017). Pode-se levantar a hipótese de que pais mais velhos tenham outros filhos e que já tenham vivenciado a maternidade ou paternidade fora da UTIN. Além disso, um estudo realizado em um hospital filantrópico no Sul do Brasil apontou que os pais consideram altamente estressante deixar os outros filhos para acompanhar a internação do RN internado (Pieszak et al., 2017).

Em relação à satisfação, os pais que participaram deste estudo apresentaram escores altos em todas as subescalas, portanto, estão altamente satisfeitos com o atendimento que recebem nessa UTIN. O escore mais alto foi na subescala que avalia a participação dos pais. Não há estudos nacionais publicados que utilizem o EMPATHIC-N, instrumento usado nesta pesquisa. Na literatura nacional, podemos encontrar artigos que abordam qualitativamente a percepção dos pais acerca da unidade, avaliando sua satisfação, porém de forma não padronizada.

Um estudo realizado com pais de RNs internados em uma UTIN do interior do Rio Grande do Sul apontou que os pais estavam satisfeitos com a assistência que receberam, demonstrando terem a necessidade de ser incluídos nas decisões acerca dos cuidados de seus filhos (Schmidt et al., 2010). Esse mesmo estudo também apontou elevados níveis de satisfação com as informações recebidas pela equipe de enfermagem, indicando que esta exerce um papel fundamental no enfrentamento da internação e no aprendizado dos cuidados específicos que os pais devem ter com seus filhos (Schmidt et al., 2010).

A satisfação com as informações recebidas pela equipe aparece nos resultados deste estudo com escores altos, indicando que os pais desta amostra estão satisfeitos com a conduta da equipe. É através das informações e do acolhimento que lhes é ofertado que os pais podem adquirir repertório para lidar de maneira mais adequada com o ambiente da UTIN, apresentando menor estresse diante dos estímulos ali presentes (Girardon-Perlini et al., 2012; Schmidt et al., 2010). Nesse sentido, a comunicação efetiva torna-se indispensável para uma assistência de qualidade à família, e cabe à equipe de saúde reconhecer essa competência como uma estratégia para promoção da aproximação e do cuidado (Girardon-Perlini et al., 2012; Ottosson & Lantz, 2017).

A equipe é responsável por esclarecer todos os procedimentos e funções dos equipamentos aos quais o RN está exposto, e essa comunicação entre familiares e equipe, quando efetiva, influencia diretamente a compreensão dos pais acerca dos estímulos visuais e

auditivos encontrados na UTIN. No decorrer da internação, embora o sofrimento continue presente, os pais vão conhecendo o funcionamento do setor e formando vínculo com a equipe, e assim passam a se adaptar à rotina de internação e a se sentir mais confiantes para desenvolver seu papel de pais (Girardon-Perlini et al., 2012). No cuidado oferecido aos pais e aos bebês, a equipe é vista como provedora, orientando e informando com relação à conduta e cuidados com os bebês, o que faz com que eles se sintam fortalecidos e capacitados diante das necessidades de seus filhos (Lamy et al., 2011).

Os resultados do presente estudo apontam que os escores mais elevados de satisfação dos pais estão na escala que avalia sua participação (subescala “Participação dos pais” do instrumento). Um estudo qualitativo realizado em Londrina mostrou que os pais estavam satisfeitos com a assistência que recebiam por parte da equipe, porém, ainda assim, salientavam o desejo de poder participar mais ativamente nas decisões e nos cuidados realizados durante a internação de seus filhos (Schmidt et al., 2012)

Há dois estudos realizados na Suécia que aplicaram o questionário EMPATHIC-N. O primeiro avaliou a satisfação dos pais apenas com relação a sua participação, e o segundo avaliou a satisfação dos pais com relação à informação. O primeiro estudo obteve como resultado que, quanto mais prematuros os RNs, maior a satisfação com a equipe de saúde e com sua participação nos cuidados com o RN (Ottosson & Lantz, 2017); o segundo estudo apontou que pais de RNs mais prematuros apresentaram escores gerais mais elevados no domínio Informação do que pais de RNs com idades gestacionais maiores (Lantz, 2017). Esses estudos corroboram os resultados desta pesquisa, já que uma das correlações encontradas foi entre a variável Idade gestacional e a subescala Informação, o que significa que, para a amostra estudada, quanto maior a idade gestacional, menor a satisfação dos pais quanto às informações que recebem por parte da equipe.

A satisfação também se relaciona com a idade dos participantes, já que, quanto maior a idade do participante, menor a sua satisfação com a atitude profissional percebida da equipe de saúde. Isso pode ocorrer devido ao repertório de enfrentamento possivelmente mais complexo dos pais com idades mais elevadas, considerando que estes compreendam ou desejem compreender com mais precisão todos os estímulos presentes na UTIN.

A menor satisfação com a atitude profissional corrobora essa hipótese, já que cabe à equipe informar e acolher os pais, possibilitando que eles se integrem à rotina do serviço e compreendam quais são as funções dos equipamentos presentes na UTIN. Pais mais jovens podem apresentar menores níveis de estresse e maior satisfação com a atitude profissional por

terem menos experiência para comparar a internação de seu RN. Há também a hipótese de que pais com idades mais elevadas já tenham vivenciado o nascimento de um filho, independentemente de este ter estado ou não em uma UTIN.

Os resultados indicaram que os participantes que tinham maior número de pessoas constituindo a rede de apoio foram os que apresentaram muito estresse no número total de experiências e na subescala “Alteração no papel de pai/mãe”. Além do estresse, a satisfação dos pais também se relaciona com a rede de apoio. A satisfação dos pais com relação à organização da UTIN foi inversamente proporcional à quantidade de pessoas que ofereciam apoio: quanto maior a rede de apoio, menor a satisfação com a organização da UTIN, indicando que a rede de apoio estava presente, mas podia não estar adequada à realidade vivenciada na UTIN. Pode-se inferir que a rede de apoio influencia negativamente a experiência dos pais em UTIN através das interferências em excesso, como sugestões e opiniões contraditórias. Além disso, os pais têm que ser mediadores das informações para a rede de apoio, que também apresenta dúvidas e questionamentos sobre o quadro clínico do RN e sua internação.

É comum que a rede de apoio queira interferir e dar sugestões acerca dos cuidados que os pais devem oferecer a um RN, e essas sugestões podem influenciar negativamente o enfrentamento dos pais diante da internação, por serem baseadas em experiências diferentes das que eles estão vivendo naquele momento. A rede de apoio vivencia a internação apenas como espectadora, e não como participante ativa da rotina da UTIN, já que a entrada de familiares é restrita nesse ambiente. Assim, as sugestões e interferências podem estar enviesadas, prejudicando o enfrentamento dos pais que vivenciam a internação de seu RN em uma UTIN.

Além disso, a rede de apoio pode apresentar estresse e ansiedade diante da internação do RN e, dessa maneira, pode sobrecarregar os pais com perguntas em excesso ou reações emocionais exacerbadas frente a situações corriqueiras da internação, assim como fantasias acerca do diagnóstico, prognóstico e tempo de internação do RN, questionando, muitas vezes, a competência dos pais para lidar com o processo de cuidado de seus filhos e até a competência da equipe que está oferecendo os cuidados.

Ainda que os pais da amostra estudada tenham apresentado pouco estresse relacionado aos sons e às imagens da UTIN, houve correlação estatisticamente significativa ao comparar a satisfação dos pais com a equipe e os níveis de ocorrência de estresse e nível de estresse geral que eles apresentaram nessa subescala. É possível concluir que, quanto maior a satisfação na avaliação da equipe médica e de enfermagem, menor o estresse dos pais com relação aos sons e imagens da UTIN. Dessa maneira, pode-se inferir que os pais que participaram dessa pesquisa

apresentaram pouco estresse em relação aos sons e imagens devido ao alto nível de satisfação que tiveram com a equipe que os atendeu.

Em contrapartida, ao comparar os níveis de estresse e de satisfação diante da alteração no papel de pai/mãe e a satisfação com a participação dos pais, vemos que a experiência é estressante mesmo que a equipe viabilize a participação dos pais de forma a atender suas expectativas, já que os pais estão altamente satisfeitos com sua participação, porém, permanecem apresentando níveis de estresse moderados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação às limitações deste estudo, podemos identificar a quantidade limitada de participantes, devido à estrutura do local da coleta de dados e à extensão dos instrumentos que foram utilizados. Também é importante mencionar que a maioria expressa dos participantes desta pesquisa foram as mães dos RNs internados, mostrando a necessidade de mais estudos direcionados aos pais que acompanham a internação de seus filhos.

A maior contribuição deste estudo está relacionada ao avanço das pesquisas sobre pais e mães de recém-nascidos internados em UTIN e seus níveis de estresse e satisfação, podendo servir de parâmetro para novas pesquisas que visem avaliar quantitativamente o estresse e a satisfação de pais nesse contexto, já que a maioria dos estudos anteriores avaliam tais conceitos de forma qualitativa. Além disso, há diversas pesquisas sobre estresse porém poucas o relacionam com a satisfação, já que o instrumento utilizado foi validado recentemente para o uso no Brasil. Este estudo buscou facilitar e contribuir para possíveis mudanças na assistência da equipe de saúde que atua em UTIN, na medida em que identifica os principais estressores para os pais nessa condição e também o que eles consideram satisfatório no atendimento oferecido a eles durante a internação.

REFERÊNCIAS

- Abuidhail, J., Al-motlaq, M., Mrayan, L., & Salameh, T. (2017). The Lived Experience of Jordanian Parents in a Neonatal Intensive Care Unit : A Phenomenological Study. *The Journal of Nursing Research*, 25(2). doi:10.1097/jnr.000000000000134
- Albert, J., Osaku, E., Costa, C. M., Costa, J. B. Da, & Jorge, M. D. C. T. C. (2014). Percepção dos pais frente à assistência dos profissionais da saúde na UTI neonatal do hospital universitário do oeste do Paraná. *Fiep Bulletin*, 84(1).
- Araújo, M. A. de. (2010). Incidência de sintomas de estresse em primíparas: vivências e relatos de mulheres. *Polêm!Ca*, 9(4), 64-73.
- Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2016). Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonatal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 24, 1-9.
- Baldini, S. M., & Krebs, V. L. J. (2010). *Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe*. São Paulo: Atheneu.
- Baltazar, D. V. S., Gomes, R. F. de S., & Cardoso, T. B. D. (2010). Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. *Revista da SBPH*, 13(1), 2-18.
- Bialoskurski, M. M., Cox, C. L., & Wiggins, R. D. (2002). The relationship between maternal needs and priorities in a neonatal intensive care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 62-69.
- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2(3), 68-80.
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paraense de Medicina*, 20(4), 1-5.
- Bouso, R. S., Serafim, T. de S., & Misko, M. D. (2010). Histórias de vida de familiares de crianças com doenças graves: relação entre religião, doença e morte. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 11-17.
- Braga, P. P., & Sena, R. R. De. (2010). Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. *Revista Rene*, 11, 142-149.
- Bruns, D. A., & Klein, S. (2005). An evaluation of family-centered care in a level III NICU. *Infants & Young Children*, 18(3), 222-233.
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., & Thomas, K. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(4), 52-61. doi:10.4037/ccn2013715

- Butt, M. L., McGrath, J. M., Samra, H. A., & Gupta, R. (2013). An integrative review of parent satisfaction with care provided in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 42(1), 105-120. doi:10.1111/1552-6909.12002
- Cardoso, M. V. L. M. L., Chaves, E. M. C., & Bezerra, M. G. A. (2010). Ruídos e barulhos na unidade neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 561-566. doi:10.1590/S0034-71672010000400010.
- Cogul, E. C., Pozón, L. S., García, M. R., Soler, D. M., Guillermo, J. R., Ribera, R. P., & Morales, V. M. (2012). Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. *Anales de Pediatría*, 77(1), 12-21. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.11.009
- Conover, W. J. (1999). *Practical Nonparametric Statistics* (3a ed.). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Corrêa, A. R., Andrade, A. C. de, Manzo, B. F., Couto, D. L., & Duart, E. D. (2015). As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. *Escola Anna Nery*, 19(4), 629-634. doi:10.5935/1414-8145.20150084
- Costa, M. C. G. da, Arantes, M. Q., & Brito, M. D. C. (2010). A UTI Neonatal sob a ótica das mães. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(4), 698-704. doi:10.5216/ree.v12i4.7130
- Coutinho, C. M. P. (2013). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. (2a ed.). Coimbra: Almedina.
- Fleiss, J. L., Levin, B., Paik, M. C. (2003). *Statistical Methods for Rates and Proportions*. Hoboken. (3a ed.). Nova Jersey: John Wiley & Sons.
- Flick, U. (Ed. Roberto Vieira). (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. (3a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Franck, L. S., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 608-615.
- Freitas, K. S., Kimura, M., & Ferreira, K. A. S. L. (2007). Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1).
- Galanis, P., Bilali, A., Pouliou, K., & Matziou, V. (2016). Factors associated with parents' satisfaction with care provided in a neonatal intensive care unit in Greece. *Journal of Neonatal Nursing*, 22, 177-184. doi:10.1016/j.jnn.2016.01.005
- Girardon-Perlini, N. M. O., Viana, Â. A. F., Sand, I. C. P. V. der, Rosa, B. V. C. da, & Beuter, M. (2012). Percepções e sentimentos da família na interação com a equipe de enfermagem na uti neonatal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 26-34. doi: 10.4025/ciencucidsaude.v11i1.18855
- Gomez, D. B. C. A., Vidal, S. A., & Lima, L. C. S. (2017). Brazilian adaptation and validation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care-Neonatology (EMPATHIC-N) questionnaire. *Jornal de Pediatria*, 93(2), 156-164. doi: 10.1016/j.jpdp.2016.08.013

- Lamy, Z. C., Morsch, D. S., Deslandes, S. F., Fernandes, R. T., Rocha, L. J. L. F., Lamy, F., ... Moreira, M. E. (2011). Construção do papel materno a partir da vivência de internação em UTI neonatal em dois modelos assistenciais. *Revista de Pesquisa em Saúde*, 12(1), 14-21.
- Lantz, B. (2017). Information to parents in the neonatal unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 180–184. doi:10.1016/j.jnn.2017.02.007
- Latour, J. M. (2011). *EMpowerment of PArnts in THE Intensive Care*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. doi: 10.1097/PCC.0000000000001031
- Lima, D. V. M. de. (2011). Desenhos de pesquisa: uma contribuição para autores. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 10(2). doi: 10.5935/1676-4285.20113648
- Lohmann, P. M. (2011). *O ambiente de cuidado em UTI Neonatal: a percepção dos pais e da equipe de saúde* (Dissertação de Mestrado). Universidade do Vale do Taquari – UNIVATES, Lajeado, RS, Brasil. Recuperado de <https://www.univates.br/bdu/handle/10737/213>
- Magliyah, A. F., & Razzak, M. I. (2015). The Parents' Perception of Nursing Support in their Neonatal Intensive Care Unit (NICU) Experience. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 6(2), 153–158.
- McCormick, M. C., Escobar, G. J., Zheng, Z., & Richardson, D. K. (2008). Factors influencing parental satisfaction with neonatal intensive care among the families of moderately premature infants. *Pediatrics*, 121(6). doi: 10.1542/peds.2007-1700
- McDonagh, J. R., Elliott, T. B., Engelberg, R. A., Treece, P. D., Shannon, S. E., Rubenfeld, G. D., ... Curtis, J. R. (2004). Family satisfaction with family conferences about end-of-life care in the intensive care unit: increased proportion of family speech is associated with increased satisfaction. *Critical Care Medicine*, 32(7), 1484-1488. doi: 10.1097/01.CCM.0000127262.16690.65
- Molina, R. C. M., Fonseca, E. L., Waidman, M. A. P., & Marcon, S. S. (2009). A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 4(3), 630-638.
- Moraes, M. Z., & Krieger, D. (2013). Equipe de saúde e integração dos pais dos recém nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. *Uniedu*, 1-16.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Anserment, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002
- Neto, J. A. de S., & Rodrigues, B. M. R. D. (2010). Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(2), 372-377.
- Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Bitencourt, A. G. V., Vieira, P. S., Magalhães, L. T., Teles, J. M. M., ... Messeder, O. H. C. (2009). Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), 32-37.

- Neves, P. N., Ravelli, A. P. X., & Lemos, J. R. D. (2010). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe canguru): percepções de puérperas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(1), 48-54.
- Oliveira, K. de, Veronez, M., Higarashi, I. H., & Corrêa, D. A. M. (2013). Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI Neonatal. *Escola Anna Nery*, 17(1), 46-53.
- Olshtain-Mann, O., & Auslander, G. K. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk? *Health & Social Work*, 33(4).
- Ottosson, C., & Lantz, B. (2017). Parental participation in neonatal care. *Journal of Neonatal Nursing*, 23, 112–118. doi: 10.1016/j.jnn.2016.11.001
- Pellegrini, C. F. de S., Calais, S. L., & Salgado, M. H. (2012). Habilidades sociais e administração de tempo no manejo do estresse. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3), 110-129.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Anserment, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood, Fetal & Neonatal*, 88, 400-404.
- Pieszak, G. M., Paust, A. M., Gomes, G. C., Arrué, A. M., Neves, E. T., & Machado, L. M. (2017). Internação de recém-nascidos prematuros: percepções dos pais e revelações acerca do cuidar de enfermagem. *Revista Rene*, 18(5), 591–597. doi: 10.15253/2175-6783.2017000500005
- Prodanov, C. C., & Freitas, E. C. de. (Eds. D. T. Sacriot & G. B. Souza) (2013). *Metodologia do trabalho científico* (2a ed.). Novo Hamburgo: Feevale.
- Reichert, A. P. da S., Lins, R. N. P., & Collet, N. (2007). Humanização do cuidado da UTI Neonatal. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 200-213.
- Reis, M. D., Rempel, G. R., Scott, S. D., Brady-Fryer, B. A., & Aerde, J. Van. (2010). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39(1), 675-683. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01189.x
- Righetto-Dias, R., & Nunes-Baptista, M. (2009). Medidas repetidas de suporte familiar e saúde mental em mães de crianças em UTI pediátrica. *Universitas Psychologica*, 8(1), 125-136.
- Ripper, M. Van. (2001). Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Issues in Neonatal Care*, 30(1), 74-84. doi: 10.1067/mhl.2001.110625
- Rosa, D. S. (2017). *Avaliação do efeito em longo prazo do estresse neonatal causado pela separação ou privação materna em ratos sobre a expressão de comportamentos defensivos associados ao pânico* (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-06042018-135700/pt-br.php>

- Rosenvaig, A. M. V. (2010). Conversa de UTI: Grupo de pais num serviço de UTI Neonatal. *Jornal de Psicanálise*, 43(79), 163-169.
- Rossetti, M. O., Ehlers, D. M., Guntert, I. B., Leme, I. F. A. de S., Rabelo, I. S., Tosi, S. M. V. D., ... Barrionuevo, V. L. (2008). O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 108-119. doi: 10.5935/1808-5687.20080018
- Saito, A. (2007). *Avaliação do grau de satisfação materna em UTI neonatal* (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual Paulista - Unesp, Botucatu, SP, Brasil. Recuperado de <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/96123>
- Sánchez-Veracruz, M. J., Leal-Costa, C., Pastor-Rodríguez, J. D., & Díaz-Agea, J. L. (2017). 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*, 47, 270-280.
- Santos, A. A., Pedrosa, I. L., Vasconcelos, J. de M. B., & Arruda, A. C. (2011). A internação de um recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: desvelando sentimentos e expectativas dos pais. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 5(6), 1492-1500. doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201124
- Santos, M. da C. L. dos, Moraes, G. A. de, Vasconcelos, M. G. L. de, & Araújo, E. C. de. (2007). Sentimentos de pais diante do nascimento de um recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 1(2), 140-149. doi: 10.5205/reuol.374-8796-1-LE.0102200704
- Schaefer, M. P., & Donelli, T. M. S. (2017). Intervenções facilitadoras do vínculo pais-bebês prematuros internados em UTIN: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 205-218. doi: 10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4071
- Schmidt, K. T., Mello, F. T. de, Rosseto, E. G., & Souza, S. N. D. H. de. (2010). Avaliação da assistência de enfermagem em unidade neonatal na perspectiva dos pais. *Revista Cogitare Enfermagem.*, 15(3), 460-466.
- Schmidt, K. T., Sassá, A. H., Veronez, M., Nigarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2012). A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Escola Anna Nery*, 16(1), 73-81.
- Shaw, R. J., John, N. S., Lilo, E. A., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D. K., & Horwitz, S. M. (2013). Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 132(4). doi: 10.1542/peds.2013-1331
- Shieh, S., Chen, H., Liu, F., Liou, C., Lin, Y., Tseng, H., & Wang, R. (2010). The effectiveness of structured discharge education on maternal confidence, caring knowledge and growth of premature newborns. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23-24), 3307-3313.
- Siegel, S., Castellan Jr., N. J. (2006), *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento* (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Silva, P. L. N. Da, Barbosa, S. L., Rocha, R. G. da, & Ferreira, T. N. (2018). Experience and needs of parents from premature neonates hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 7(1), 15-19.
- Soares, L. O., Santos, R. F. dos, & Gasparino, R. C. (2010). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19(4), 644-650.
- Sousa, A. M. de, Mota, C. Da S., Cruz, I. A. C. Da, Mendes, S. dos S., Martins, M. do C. de C. e, & Moura, M. E. B. (2011). Sentimentos expressos por mães de neonatos prematuros internados na UTI Neonatal. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, Ed. Supl.*, 100-110.
- Souza, A. M. V. de, & Pegoraro, R. F. (2017). O psicólogo na UTI neonatal: revisão integrativa de literatura. *Saúde & Transformação Social*, 8(1), 117-128.
- Souza, K. M. O. de, & Ferreira, S. D. (2010). Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2), 471-480.
- Souza, P. C. de, & Scatena, J. H. G. (2014). Satisfação do usuário da assistência hospitalar no mix público-privado do SUS do estado de Mato Grosso. *Revista Espaço Para a Saúde*, 15(3), 30-41.
- Souza, S. R. de. (2009). *Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU)* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo - Unifesp, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/10125>
- Souza, S. R. de, Dupas, G., & Balieiro, M. M. F. G. (2012). Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU). *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 171-176.
- Stübe, M., Rosa, M. B. C. da, Pretto, C. R., Cruz, C. T. da, Morin, P. V., & Stumm, E. M. F. (2018). Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Rene*, 19, 1-7. doi: 10.15253/2175-6783.2018193254
- Sweet, L., & Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*, 15(2), 8-17.
- Trombini, E., Surcinelli, P., Piccioni, A., Alessandroni, R., & Faldella, G. (2008). Environmental factors associated with stress in mothers of preterm newborns. *Acta Paediatrica*, 97, 894-898. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00849.x
- Turan, T., Basbakkal, Z., & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856-2866. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x

- Valansi, L., & Morsch, D. S. (2004). O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(2), 112-119.
- Vanderbilt, D., Bushley, T., Young, R., & Frank, D. A. (2009). Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(1), 50-56.
- Véras, R. M., Vieira, J. M. F., & Morais, F. R. R. (2010). A maternidade prematura: o suporte emocional através da fé e religiosidade. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 325-332.
- Veronez, M., Borghesan, N. A. B., Corrêa, D. A. M., & Higarashi, I. H. (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2), 1-8.
- Vivian, A. G., Rocha, C. C. da, Agra, K. P., Krummenauer, C., Benvenuti, D. K., Timm, J. S., & Souza, F. P. de. (2013). “Conversando com os pais”: relato de experiência de intervenção em grupo em UTI pediátrica. *Aletheia*, 40, 174-184.
- Weiss, S., Goldlust, E., & Vaucher, Y. E. (2010). Improving parent satisfaction: an intervention to increase neonatal parent-provider communication. *Journal of Perinatology*, 30(6), 425-430. doi: 10.1038/jp.2009.163
- Welch, M. G., & Myers, M. M. (2016). Advances in family-based interventions in the neonatal ICU. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(2), 1-14. doi: 10.1097/MOP.0000000000000322

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pais e/ou Responsáveis

1) Dados de identificação do participante

Nome: _____ . Idade: _____ .

RG: _____ . Data de nascimento: _____ .

2) Dados sobre a pesquisa

Título da pesquisa: “Compreendendo a satisfação de pais e seus níveis de estresse em UTI Neonatal”.

Pesquisador responsável: Aila Alves Alvarenga Taurisano

Professora Orientadora: Dra. Helena Bazanelli Prebiachi

3) Informações

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Assinando este termo de consentimento estará declarando que está ciente de que:

A. O objetivo do estudo é compreender sua satisfação durante o período de internação de seu filho(a) na UTI Neonatal e os níveis de estresse apresentados por você nesse momento.

B. Você será chamado(a) para participar dos procedimentos da pesquisa. Em cada procedimento você irá responder a questionários com o auxílio da pesquisadora responsável. Você, responsável pela criança, irá responder aos seguintes questionários: Ficha de Caracterização de Participante – para fornecer informações sobre você e o paciente para a pesquisa; o Questionário “EMPATHIC-N” – para fornecer informações sobre sua satisfação frente ao período de internação de seu filho(a); e a escala PSS:NICU – para mensurar seu nível de estresse frente a internação de seu filho(a). O tempo total de aplicação dos questionários será de 1 hora e 30 minutos. Todos os procedimentos da pesquisa serão realizados no hospital, em momento oportuno.

C. Os procedimentos e instrumentos de avaliação utilizados seguem as normas éticas e não oferecem riscos previsíveis para você e nem para o paciente. Os instrumentos psicológicos podem eventualmente gerar expectativas ou promover um risco mínimo de alguma expressão emocional, porém, a pesquisadora (que é psicóloga) estará à disposição para intervenção psicológica necessária ao caso, orientando sobre qualquer dúvida ou expressão emocional que surgir durante o processo.

D. O sigilo em relação à identificação será mantido. Ou seja, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais. Não serão expostos seus dados pessoais e nem os do paciente. Os resultados desta pesquisa serão descritos de forma geral e não individual na dissertação de mestrado de Aila Alves Alvarenga Taurisano, como um dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, sob a orientação da Profa. Dra. Helena Bazanelli Prebianchi.

E. Sua participação será voluntária. Você tem total liberdade para não aceitar ou retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento sem que isso traga quaisquer prejuízos a você ou ao paciente, mesmo em relação ao tratamento. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa, nem receberá qualquer pagamento.

F. Se você tiver dúvidas durante a realização da pesquisa, ou mesmo depois dela ter encerrado, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone 19 992512074. Questões de ordem ética podem ser esclarecidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC – Campinas, que aprovou esta pesquisa, no telefone (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rod. Dom Pedro I, km 136, Parque das Universidades, Campinas-SP, CEP: 13086-900, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 às 17h00.

G. Este termo é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e outra com o pesquisador.

4) Consentimento pós-esclarecido

Tendo em vista todas as informações apresentadas e lidas atentamente por mim, eu _____, abaixo assinado, livre e de forma esclarecida, concordo em participar da pesquisa descrita.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Aila Alves Alvarenga Taurisano
Pesquisadora Responsável

Apêndice B – Ficha de Caracterização Sociodemográfica

Ficha de Caracterização Sociodemográfica

Dados do pai/mãe

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Escolaridade:

Profissão:

Religião:

Praticante: () sim () não () esporadicamente

Condição atual de trabalho: () dedicação ao trabalho doméstico () empregado(a)

() desempregado(a)

Dados do bebê

Data de nascimento:

Idade gestacional ao nascer:

Peso ao nascer:

Diagnóstico (Por que veio para a UTI Neonatal?):

Tipo de parto:

Dados demográficos

Naturalidade:

Cidade onde mora:

Quantidade e parentesco de pessoas que moram na mesma casa:

Quantidade e parentesco de pessoas que oferecem apoio:

Apêndice C – Autorização para uso da escala PSS:NICU

16/02/2018

Gmail - Autorização para uso da escala PSS:NICU em português



Aila Alvarenga <ailaalvarenga@gmail.com>

Autorização para uso da escala PSS:NICU em português

sandra souza <saresosareso@gmail.com>
 Para: Aila Alvarenga <ailaalvarenga@gmail.com>

11 de janeiro de 2018 13:01

Boa tarde Aila, tudo bem?
 Agradeço o interesse em utilizar a escala.
 Gostaria de receber seu projeto e posteriormente a versão final do estudo.
 Através desse e-mail, autorizo a utilização da escala PSS:NICU na versão brasileira em sua pesquisa.
 Peço que seja citado o artigo anexo, pois, esse contém dados sobre a autora da versão original da escala.
 Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.
 Anexo também a escala para impressão, o artigo(em inglês e português) e a minha tese de mestrado.
 Grande abraço
 Sandra Regina de Souza

Dra.Enfa. Sandra Regina de Souza

Doutora Enfermeira, Especialista em Neonatologia - CAISM/UNICAMP

Consultora do Ministério da Saúde para o Método Cangara





Profissional Coaching Hospitalar

E-mail: sareso.sareso@gmail.com

Fone: +55 (19) 97479900 celular/whatsapp

[Texto das mensagens anteriores oculto]

4 anexos

-  **artigo acta portugues PSS NICU.pdf**
459K
-  **PSS NICU 2018 escala para impressao.pdf**
500K
-  **tese mestrado sandra regina de souza.pdf**
9445K
-  **artigo acta publicado Sandra PSS NICU ingles.pdf**
416K

Apêndice D – Autorização para uso da Escala EMPATHIC-N

17/02/2018

Gmail - Enc: Questionário EMPATHIC-N



Aila Alvarenga <ailaalvarenga@gmail.com>

Enc: Questionário EMPATHIC-N

Dafne barcala <dafnebarcala@hotmail.com>
Para: Aila Alvarenga <ailaalvarenga@gmail.com>

21 de janeiro de 2018 19:45

Boa noite.




Olá Aila, desculpe a demora para responder.

Fico muito feliz em você querer usar a versão traduzida e adaptada do questionário EMPATHIC-N no seu trabalho. Minha publicação também foi fruto de uma dissertação de mestrado que vou te enviar.

Vou te enviar também o questionário e os artigos originais do autor do EMPATHIC-N.

boa sorte!

Dafne

3 anexos **EMpowerment of PArents in The Intensive Care.pdf**
26084K **_TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EMPATHIC-N DE SATISFAÇÃO DE PAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL. RECIFE-PE_.pdf**
4286K **_TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO EMPATHIC-N DE SATISFAÇÃO DE PAIS DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL. RECIFE-PE_.pdf**
4286K

ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Compreendendo a satisfação de pais e seus níveis de estresse em UTI Neonatal

Pesquisador: AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86472618.9.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.646.598

Apresentação do Projeto:

• Estudo integrará a satisfação de 50 pais frente a unidade de internação (UTIN) e os níveis de estresse que eles apresentam. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, transversal e correlacional. Os participantes serão os pais que têm seus filhos internados em UTI Neonatal em uma instituição na cidade de Campinas-SP. Serão utilizados dois instrumentos: a escala PSS: NICU (Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit) que aborda os estressores existentes para os pais em UTI Neonatal e a EMPATHIC-N que busca compreender a satisfação dos pais frente a internação de seus filhos. Espera-se ao final da pesquisa compreender a relação entre os níveis de satisfação dos pais e os níveis de estresse que eles apresentam.

Critério de Inclusão:

1. Pais e mães que estejam acompanhando a internação de seus filhos na UTIN há pelo menos um dia.
2. Pais e mães que aceitem participar voluntariamente da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

• Critério de Exclusão:

1. Pais ou mães que apresentem algum comprometimento cognitivo severo que impossibilite a coleta de dados através dos instrumentos.
2. Pais ou mães que não aceitem participar do estudo.
3. Pais ou mães menores de idade.);

Endereço: Rua Professor Doutor Eurycides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.846.598

Compreender se há relação entre os níveis de satisfação e estresse apresentados por pais que têm seus filhos internados em UTI Neonatal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação ou não dos níveis de estresse de pais de recém nascidos internados em UTIN com seus níveis de satisfação.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar a satisfação dos pais frente ao serviço de internação;
2. Avaliar o nível de estresse dos pais;
3. Relacionar a satisfação dos pais com os níveis de estresse que eles apresentam.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos preestabelecidos para a pesquisa pois a mesma não realizará procedimentos invasivos ou que possam trazer prejuízos à população estudada.

Benefícios:

Os resultados serão comunicados à instituição que poderá, por sua vez, compreender as necessidades dos familiares que estão ali presentes e seus níveis de estresse. Ao final da pesquisa será proposta uma

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
 Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.846.568

reunião com as instituições afim de comunicar os resultados e criar planos de ação para melhor relação

entre as demandas apresentadas pelos familiares e a instituição.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Há pertinência e valor científico do estudo proposto;
- Há adequação da metodologia aos objetivos perseguidos;
- Há grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas;
- Não há necessidade de patrocinador, a pesquisadora custeará as despesa, consta no projeto.
- Há identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados (quando for o caso).
- Há garantia dos direitos fundamentais do sujeito de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Cartas de Autorização das Instituições, Folha de Rosto estão em conformidade com as solicitações.
- O TCLE merecerá especial consideração, com a observação crítica das seguintes características:
 - Há concisão e objetividade;
 - Há linguagem adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa;
 - Há descrição suficiente dos procedimentos;
 - Há identificação dos riscos e desconfortos esperados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Alterada a data de coleta nas informações básicas do projeto "01/05/2018", foto do cronograma, já no projeto, está correto, maio e junho.
- Alterada a presença de riscos no TCLE.

Endereço: Rua Professor Doutor Eurycides de Jesus Zerbin, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.846.598

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução no. 466/12, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: **Aprovado**.

Conforme a Resolução 466/12, é atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável deverá encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1078711.pdf	25/04/2018 15:49:45		Aceito
Cronograma	Cronograma.jpg	25/04/2018 15:48:54	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/03/2018 16:41:36	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPlataformaBrasil.docx	21/03/2018 22:37:29	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Outros	solicitacaoautorizacao.pdf	21/03/2018 22:33:59	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Outros	cartaacomite.pdf	21/03/2018 22:32:50	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Outros	Termodecompromissoparautilizaçãodedados.pdf	21/03/2018 22:31:16	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Outros	autorizaçaocoordenador.pdf	21/03/2018 22:24:27	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Outros	autorizaçaohmcp.pdf	21/03/2018 22:23:45	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Orçamento	declaracaocustos.pdf	21/03/2018 22:22:11	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
 Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida CEP: 13.087-571
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3343-6777 Fax: (19)3343-6777 E-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 2.846.568

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	21/03/2018 22:21:48	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoespacoserecursos.pdf	21/03/2018 22:21:26	AILA ALVES ALVARENGA TAURISANO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
Silvana Mariana Srebernich
(Coordenador)

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Anexo B – Escala PSS: NICU

Versão brasileira da escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal (PSS:NICU)

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.

Atenção: Se você não passou por alguma situação abaixo, apenas circule **NA** (não se aplica) que significa que esta situação não aconteceu ou não esta 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 esta 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 |

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

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 |

Anexo B – Escala EMPATHIC-N









Caro(a) pai/mãe,

Nós gostaríamos de saber como foi sua experiência durante a permanência de seu filho em nossa UTI neonatal. Para isso, preencha o questionário primeiro com seus dados e depois avaliando se concorda ou não com cada afirmação.

Se concorda, marque mais para esquerda e se não concorda, marque mais para direita. Caso não tenha acontecido com você ou não seja possível avaliar a questão, marque "NÃO SE APLICA". Veja as instruções:

Instruções: Leia e marque um X ao lado das afirmativas com sua opinião.

	COM CERTEZA SIM		ALGUMAS VEZES NÃO
	ACHO QUE SIM		ACHO QUE NÃO
	ALGUMAS VEZES SIM		COM CERTEZA NÃO

Instrumento para Avaliação da Satisfação dos Pais de Bebês em UTI Neonatal

(Adaptado do questionário EMPATHIC-N)

Data: ___/___/___

Número: (preenchimento pelo pesquisador)

DADOS GERAIS							
IDADE: _____	Mãe	<input type="checkbox"/>	Pai	<input type="checkbox"/>			
RAÇA	Parda	<input type="checkbox"/>	Preta	<input type="checkbox"/>	Branca	<input type="checkbox"/>	Amarela <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>
ESCOLARIDADE:	Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	Fundamental II* (5ª a 8ª série)	<input type="checkbox"/>	Superior incompleto	<input type="checkbox"/>	
	Fundamental I*(1ª a 4ª série)	<input type="checkbox"/>	Ensino Médio	<input type="checkbox"/>	Superior completo	<input type="checkbox"/>	

INFORMAÇÃO	Certamente SIM	Certamente NÃO	Não se aplica
1) Todos os dias os médicos e enfermeiros conversavam conosco sobre os cuidados e tratamentos de nossa criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Os médicos e enfermeiros respondiam claramente nossas perguntas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) As informações dadas pelos médicos e enfermeiros sempre eram parecidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Sempre que nossa criança piorava, os médicos e enfermeiros nos informavam imediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Os médicos e enfermeiros sempre davam informações claras sobre a doença de nossa criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Os médicos sempre nos informavam claramente sobre os efeitos do tratamento de nossa criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Os médicos e enfermeiros davam informações compreensíveis ao examinar a criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Os médicos e enfermeiros davam informações compreensíveis sobre os efeitos das medicações.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Os médicos nos informavam sobre a evolução esperada na saúde de nossa criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Os médicos e enfermeiros davam informações fáceis de entender.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Os médicos e enfermeiros davam informações sinceras. Não escondiam a verdade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

CUIDADOS & TRATAMENTO	Certamente SIM		Certamente NÃO		Não se aplica
12) Os médicos e enfermeiros trabalhavam em conjunto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
13) A equipe estava atenta à prevenção e tratamento da dor de nossa criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14) Os médicos e enfermeiros são verdadeiros profissionais; sabem o que estão fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
15) A medicação correta sempre foi dada no horário certo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
16) Os médicos e enfermeiros conheciam a história da doença de nossa criança na chegada à UTI.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
17) Os médicos e enfermeiros prestavam atenção ao desenvolvimento de nossa criança. (ex: crescimento, ganho de peso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
18) Quando havia piora das condições de saúde nossa criança, os médicos e enfermeiros agiam imediatamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
19) As necessidades (dificuldades) de nossa criança foram bem atendidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
20) A equipe tinha um objetivo em comum: dar o melhor cuidado e tratamento à nossa criança e a nós mesmos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
21) Os médicos e enfermeiros levavam em conta o conforto de nossa criança.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
22) Todo dia sabíamos quem era o médico e o enfermeiro responsável pela nossa criança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
23) Os médicos e enfermeiros nos davam apoio quando estávamos tristes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
24) De forma geral, os médicos e enfermeiros nos atenderam bem quando tivemos alguma necessidade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
25) A equipe era cuidadosa com nossa criança e conosco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
26) Durante as situações de piora do quadro de nossa criança, sempre tivemos uma enfermeira para nos ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
27) Enquanto nossa criança estava na incubadora ou no berço sempre foi bem cuidada pelas enfermeiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
28) Tudo ocorreu bem quando o cuidado de nossa criança foi transferido dos profissionais da UTI para os colegas de outro setor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>

PARTICIPAÇÃO DOS PAIS	Certamente SIM		Certamente NÃO		Não se aplica	
29) Nós participamos ativamente na tomada de decisão sobre os cuidados e tratamento de nossa criança.						<input type="checkbox"/>
30) Fomos estimulados a ficar próximo de nossa criança.						<input type="checkbox"/>
31) Tivemos confiança na equipe						<input type="checkbox"/>
32) As enfermeiras nos estimulavam a ajudar nos cuidados com a nossa criança. (ex.: ajudar a trocar fralda, a dar a dieta...)						<input type="checkbox"/>
33) As enfermeiras nos ajudavam a criar laços com a nossa criança						<input type="checkbox"/>
34) As enfermeiras nos treinavam em aspectos específicos dos cuidados com o recém-nascido. (ex: treinar como posicionar, como dar a dieta, dar banho...)						<input type="checkbox"/>
35) Antes da alta, mais uma vez discutiram conosco sobre os cuidados com nossa criança.						<input type="checkbox"/>
ORGANIZAÇÃO						
	Certamente SIM		Certamente NÃO		Não se aplica	
36) Sentimos segurança na UTI Neonatal.						<input type="checkbox"/>
37) A incubadora ou berço de nossa criança era limpa						<input type="checkbox"/>
38) A equipe trabalhava com competência.						<input type="checkbox"/>
39) Havia espaço suficiente em torno da incubadora ou berço de nossa criança						<input type="checkbox"/>
40) A UTI era limpa						<input type="checkbox"/>
41) Na UTI os barulhos eram abafados na medida do possível						<input type="checkbox"/>
42) O ambiente da UTI era bom e amigável						<input type="checkbox"/>
ATITUDE PROFISSIONAL						
	Certamente SIM		Certamente NÃO		Não se aplica	
43) As enfermeiras e médicos sempre se apresentavam pelo nome e função.						<input type="checkbox"/>
44) Os médicos e enfermeiros agiam com compaixão.						<input type="checkbox"/>
45) A equipe trabalhava com higiene.						<input type="checkbox"/>

Escreva suas experiências na UTI neonatal abaixo

Durante a Admissão

Durante a permanência na UTI

Durante a Alta

Experiências em geral
