



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Stresse Parental em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

Joana Maria Fernandes da Silva

Coimbra

Novembro, 2021



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA
VII Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Stresse Parental em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Relação com a
Sistematização dos Cuidados Desenvolvimentais**

Joana Maria Fernandes da Silva

Orientadora: Professora Doutora Ananda Maria Fernandes, Professora Coordenadora da
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra

Novembro, 2021

Ver-te Voar

Quem me dera, pensava eu,

Ao nascer esta menina,

Ver, um dia, pelo céu,

O seu voo de andorinha.

Demos-lhe asas e voou

Pouco a pouco, em crescendo,

Dia a dia nos honrou,

Na brisa do céu correndo.

Sobre as vagas mais ligeiras

Ou do mar encapelado

Batia asas, voava,

E chegava ao outro lado.

Voa, voa mais alto,

Chega ao teu céu, mais acima,

Tu consegues, força, força...

Não deixes de ser menina.

À nossa “Menina”

Os teus pais

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ananda Fernandes, pelo exemplo, paciência, motivação, orientação e rigor científico e pela amizade partilhada;

A toda a equipa multidisciplinar do VII Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, por toda a dedicação, transmissão de conhecimentos e pela amizade partilhada durante todo o meu percurso académico.

A todos os colegas, que me ajudaram no processo de recolha de dados, Enf. Elsa Silva, Enf. Rui Lagoa, bem como às equipas de enfermagem onde se realizou o estudo.

A todos os pais que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade e por terem partilhado comigo as suas experiências. Sem eles, este trabalho não podia ser realizado.

A ti, David, por todo o amor, paciência, apoio, por toda a falta de tempo e resmungos.

Aos meus pais, por todo o apoio e amor incondicional, carinho, paciência, por toda as horas perdidas à volta deste trabalho para que ele fosse terminado.

Ao meu irmão Davide e aos meus sobrinhos Eva e Leo. À minha sogra, cunhadas/cunhados e sobrinhos.

Às amigas Sílvia, Silvana, Marta, Rute, Elsa, Ana Marta e prima Raquel que me ajudaram a percorrer este caminho, que me apoiaram incondicionalmente nos momentos mais difíceis e celebraram comigo cada vitória deste percurso.

Ao meu coro de amigos do Rancho Regional e Folclórico de Candosa, por me apoiarem em todos os momentos.

Aos colegas que iniciaram comigo esta aventura, por todos os conhecimentos transmitidos e por todos os momentos passados.

Ao primo Zé António por todo o tempo desperdiçado a me ajudar...

Dedicada a ti Avó Floripes, a ti Tia Olga e a ti minha Melanie que onde estiverem eu sei que estão comigo.

LISTA DE ABREVIATURAS

c/- com

Fig.- Figura

g.- gramas

H- Hipóteses

nº.- número

O- Objetivo

Pág.- Página

RN- Recém-nascido

RNPT- Recém-nascido pré-termo

s.- semanas

s/- sem

SCD- Sistematização de cuidados desenvolvimentais

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

vs- versus

LISTA DE SIGLAS

AAP- Academia Americana de Pediatria

CCF- Cuidados Centrados na Família

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

NIDCAP- *Newborn individualized Developmental Care and Assessment Program*

PSS: NICU- *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*

SPSS- *Statistical Package for Social Sciences*

UICISA-E- Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem

WHO- *World Health Organization*

RESUMO

No contexto das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN's), os pais apresentam com frequência elevados níveis de stresse relacionado com o ambiente e o seu papel parental. Os cuidados desenvolvimentais, sendo centrados na família, apresentam forte componente de gestão do ambiente e do papel parental, pelo que é de esperar que em UCIN's onde haja sistematização de cuidados desenvolvimentais (SCD) os pais apresentem menos stresse do que nas restantes.

Este trabalho, de tipo quantitativo, tem como objetivo comparar UCIN's com e sem SCD quanto ao stresse parental dos pais dos RN hospitalizados. Especificamente: comparar o nível de stresse parental na ocorrência de alguns fatores relacionados com o ambiente, aparência e comportamento do RN, e relacionamento com o RN e papel parental; comparar o nível global de stresse parental; e comparar a frequência de ocorrência dos fatores de stresse parental.

Foram inquiridos 59 pais de RN hospitalizados em duas UCIN's com SCD e duas UCIN's sem SCD. O stresse parental foi avaliado através da versão portuguesa da escala *Parental Stress Scale: NICU* (PSS: NICU).

Como resultados, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto ao stresse parental entre as UCIN's com e sem SCD, a não ser pontualmente. Em ambos os grupos, é nas dimensões *Relacionamento com o RN e Papel Parental* e *Aparência e Comportamento do RN* que os pais referem maior nível de stresse, considerando-as, respetivamente, muito e moderadamente stressantes. A frequência de pais com stresse é mais elevada na dimensão *Aparência e Comportamento do RN* mas é o estar separado do seu filho, o fator de stresse que afeta maior número de pais.

Concluindo, a ausência de diferenças significativas pode dever-se ao facto de, mesmo não estando formalmente sistematizados, todas as unidades realizarem alguns cuidados desenvolvimentais. Sobressai a necessidade de atender às dimensões *Relacionamento com o RN e Papel Parental* que, em todas as métricas da escala, e em ambos os grupos, é aquela em que os pais apresentam maiores níveis de stresse.

Palavra-chave: Enfermagem; Recém-nascido; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Stresse Parental; Cuidados Desenvolvimentais; PSS: NICU

ABSTRACT

In Neonatal Intensive Care Units (NICU's), parents often present high levels of stress related to the environment and their parental role. Developmental care, being family centered, have a strong component of environmental and parental role management, so it is expected that parents will present lower levels of stress in NICU's where developmental care is systematic (SDC) than in NICU's where it is not.

With this quantitative study, we aimed to compare NICU's with and without SDC, regarding the stress level of parents of hospitalized newborns (NB). Specifically we aimed to compare the level of parental stress in the occurrence of some factors (related to the NICU's environment, the NB's appearance and behavior and the parental role); the global level of parental stress; and the frequency of occurrence of parental stress.

We surveyed 59 parents of newborns hospitalized in two NICU's with SDC and two without SDC. Parental stress was assessed using the Portuguese version of the Parental Stress Scale: NICU (PSS: NICU).

In the results, no statistically significant differences were found in parental stress between NICU's with and without SDC, except occasionally. In both groups, it is in the dimension *Relationship with the NB and Parental Role* and *Appearance and Behavior of the NB* that parents report higher levels of stress, considering them, respectively, as very and moderately stressful. The frequency of parents with stress is higher in the dimension *NB's Appearance and Behavior*, but separation from their child is the stress factor that affects the greatest number of parents.

In conclusion, the absence of a significant difference may be due to the fact that, even though it is not formally systematized, some aspects of developmental care are present in all units. The need to meet the *Relationship with the NB and Parental Role* dimensions stands out, since, in all the scale's metrics and in both groups, it is where parents present the highest levels of stress.

Keyword: Nursing; Newborn; Neonatal Intensive Care; Parental Stress; Developmental Care; PSS: NICU

ÍNDICE DE FIGURAS	PÁG.
Figura 1 - Modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvimentais	54
Figura 2 - Diagrama representativo do projeto NeoNurturing.....	60
Figura 3- Distribuição do motivo de internamento, por grupos.....	77

ÍNDICE DE TABELAS	PÁG.
Tabela 1 - Distribuição dos pais pelas UCIN's	73
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica dos Pais.....	74
Tabela 3 - Caracterização Clínica dos RN's	76
Tabela 4 - Nível de Stresse na Ocorrência- Métrica 1	78
Tabela 5 - Nível Global de Stresse- Métrica 2	80
Tabela 6 - Número de pais que manifestaram stresse por dimensão e por tipo de UCIN's- Frequência de Stresse (Métrica 3).....	81
Tabela 7 - Número de pais que experienciaram stresse por item.....	82
Tabela 8 - Teste de hipóteses por dimensão e total da Escala PSS:NICU para a Métrica 1- Nível de Stresse na Ocorrência	84
Tabela 9 - Teste de hipóteses por dimensão e total da Escala PSS:NICU para a Métrica 2- Nível Global de Stresse	84
Tabela 10 - Teste de hipóteses por dimensão e total da Escala PSS:NICU da Métrica 3- Frequência das Experiências	85
Tabela 11 - Testes de hipóteses por item da Escala para a Métrica 1- Nível de Stresse na Ocorrência.....	Apêndice III
Tabela 12 - Teste de hipóteses por item da Escala PSS:NICU para a Métrica 2- Nível Global de Stresse.....	Apêndice IV
Tabela 13 - Testes de hipóteses por item da escala PSS:NICU para a métrica 3- Frequência de Stresse.....	Apêndice V

SUMÁRIO	PÁG.
INTRODUÇÃO	23
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	27
1 RESPOSTAS DOS PAIS FACE AO RN DE ALTO RISCO	29
1.1 RN ALTO RISCO.....	29
1.2 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE.....	32
1.3 REAÇÃO DOS PAIS AO NASCIMENTO DE RN DE ALTO RISCO	34
2 STRESSE PARENTAL ASSOCIADO À HOSPITALIZAÇÃO DO RN	37
2.1 ANSIEDADE E STRESSE.....	38
2.2 STRESSE PARENTAL	40
2.2.1 Fatores de Stresse Parental	42
2.3 ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O STRESSE PARENTAL	45
3 CUIDADOS DESENVOLVIMENTAIS	51
3.1 NEONATAL INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESSMENT PROGRAM (NIDCAP)	56
3.2 NEONURTURING	58
PARTE II- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	63
1 METODOLOGIA	65
1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	65
1.2 HIPÓTESES.....	66
1.3 VARIÁVEIS	66
1.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	68
1.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	69
1.6 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA ESTUDADA	69
1.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	70

2	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	73
2.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA	73
2.2	STRESSE PARENTAL.....	77
2.3	STRESSE PARENTAL E SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DESENVOLVIMENTAIS.....	83
2.4	OUTRAS VIVÊNCIAS DOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO DO RN DE ALTO RISCO NA UCIN.....	86
3	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	91
3.1	CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PAIS E CLÍNICA DO RN.....	91
3.2	STRESSE PARENTAL	92
3.3	STRESSE PARENTAL E SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DESENVOLVIMENTAIS.....	97
3.4	OUTRAS VIVÊNCIAS DOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO DO RN DE ALTO RISCO	99
4	CONCLUSÕES	101

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário PSS:NICU

APÊNDICES

APÊNDICE I - Consentimento Informado

APÊNDICE II - Questionário Sócio-Demográfico dos Pais e Clínico do RN

APÊNDICE III - Teste de Hipóteses por Item da Escala para a Métrica 1- Nível de Stresse na Ocorrência

APÊNDICE IV - Testes de Hipóteses por Item da Escala para a Métrica 2- Nível Global de Stresse

APÊNDICE V - Teste de Hipóteses por Item da Escala para a Métrica 3- Frequência de Stresse

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um indicador relevante na saúde perinatal. Desde 2015, é a primeira causa de morte abaixo dos 5 anos de idade, mas, apesar disso, cada vez mais, é garantida a sobrevivência do recém-nascido (RN) em idades gestacionais mais baixas (WHO, 2018). Contudo, este aumento de sobrevivência é acompanhado por uma maior taxa de comprometimento neurodesenvolvimental (Branco & Mimoso, 2014).

Este aumento da sobrevivência só foi possível com os avanços tecnológicos, embora estes não tenham sido suficientemente acompanhados pela percepção dos pais para a nova realidade que se lhes apresenta. Reações como choro, ansiedade, medo, culpa, continuam a ser muito vivenciadas pelos pais aquando do nascimento de um filho de alto risco (Souza, Dupas, & Balieiro, 2012; Fernandes & Silva, 2015).

Nesta nova realidade associada à hospitalização, há barulhos, equipamentos, pessoas em constante atividade, entre outros, que colocam desafios ao papel parental e são considerados fontes geradoras de stresse pelos pais (Souza *et al.*, 2012; Franck, Cox, Allen, & Winter, 2005).

Pais de crianças que nascem prematuras ou doentes passam por um processo de transição e ajustamento que pode tornar-se mais difícil quando o RN é hospitalizado. O ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN's), a aparência e comportamento do RN e o papel parental têm sido descritos como fatores geradores de stresse nos pais (Miles, Funk, & Carlson, 1993)

Foi desenvolvido por Meleis *et al.*, (2000) uma teoria de médio alcance (Teoria Das Transições), que se centra nos processos de transição que decorrem a um indivíduo durante o seu processo vital. Desta forma, quando existe o nascimento de um filho, principalmente de alto risco, o ciclo vital dos pais é alterado, sofrendo transições relativamente ao seu desenvolvimento, à sua situação e ao seu bem-estar (saúde/doença).

Segundo Franck *et al.*, (2005), as “barreiras” que são impostas pelas UCIN's e as reações a elas podem influenciar negativamente a relação entre a díade pais/filhos, o que pode ter repercussões negativas no seu desenvolvimento a longo prazo. Aos profissionais de saúde cabe reduzir os efeitos produzidos por essas barreiras, incentivando os pais a prestarem cuidados.

Miles *et al.*, (1993) construíram uma escala para avaliar o nível de stresse parental, a *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit* (PSS:NICU), de forma a medir as perceções dos pais relacionadas com o internamento, nomeadamente o ambiente físico e psicossocial, comportamento e aparência do RN, relação com a equipa e alteração do papel parental (Franck *et al.*, 2005). Esta escala é importante para os enfermeiros, para, através dela, terem um instrumento de avaliação que permita perceber que fatores têm mais impacto sobre a forma como os pais estão a vivenciar o internamento e a situação dos filhos.

O nascimento de um RN que necessite de cuidados especiais numa UCIN, tem o potencial de gerar mais stresse e ansiedade nos pais e, desta forma, o processo de ligação entre a díade pais/filhos pode ser influenciado pela sua hospitalização (Agrawal & Gaur, 2017).

Assim, criar um ambiente próprio ao crescimento/desenvolvimento físico, à aprendizagem da identidade, respondendo às necessidades fisiológicas e emocionais do RN mas também à dos pais, são objetivos essenciais do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria, bem como, promover a vinculação de forma sistemática, capacitar os pais para uma relação precoce, promovendo a parentalidade e a continuidade dos cuidados (Royal College of Nursing, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Visto a família constituir o primeiro grupo a que o RN pertence, os enfermeiros têm de ter especial atenção às necessidades da mesma. “O nascimento prematuro e a hospitalização imposta pelo estado clínico do recém-nascido leva os pais a viverem esta fase com angústia e medo” (Fernandes & Silva, 2015, pág.108).

A filosofia dos cuidados centrados na família (CCF) sustenta uma prática de cuidados de saúde que envolve a família como um todo, sendo esta identificada como prestadora de cuidados, pelos profissionais de saúde, de forma a garantir cuidados de excelência na díade RN/pais (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, principalmente na área neonatal, de acordo com esta filosofia, os profissionais de saúde têm o dever de, além de prestar cuidados ao RN de alto risco, reconhecer a família como uma unidade de cuidados, sendo considerada como uma fonte imprescindível na vida do mesmo (Corrêa, Andrade, Manzo, Couto, & Duarte, 2015).

Os cuidados desenvolvimentais, ao serem centrados na família, apresentam forte componente da gestão do ambiente e do papel parental pelo que é de esperar que onde haja sistematização de cuidados desenvolvimentais (SCD) haja menor stresse parental.

Sabe-se que os cuidados desenvolvimentais se traduzem em “práticas sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas da cada RNPT/Família, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança” (Ferraz, 2017, pág.23).

O modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvimentais (Coughlin, 2014), que tem aliado a si a teoria sinativa do desenvolvimento (Als, 2009), veio contribuir para um novo enquadramento das práticas de cuidados neonatais.

A implementação de programas de intervenção precoce no período neonatal, centrados no seu desenvolvimento, é acompanhada de vários benefícios, quer para o RN (melhoria dos parâmetros fisiológicos, melhores respostas comportamentais, neurológicas e clínicas), quer para a família (melhor perceção das suas competências parentais...) quer, também, para os profissionais (melhoria nos cuidados prestados ao RN/família) (Als, 2015; Mallik & Spiker, 2017).

A implementação destes programas deverá, conseqüentemente, reduzir o stresse dos pais, bem como ajudá-los na melhoria do seu envolvimento com o RN de alto risco de forma a melhorar a perceção das suas competências como pais neste processo de adaptação. Assim, surgiu a questão de investigação: será que a sistematização dos cuidados desenvolvimentais contribui para a redução do stresse parental associado à hospitalização do RN de alto risco?

Desta forma, este trabalho, de tipo quantitativo, tem como objetivo comparar UCIN's com e sem SCD quanto ao stresse parental dos pais dos RN hospitalizados. Especificamente: comparar o nível de stresse parental na ocorrência de alguns fatores relacionados com o ambiente, aparência e comportamento do RN, e relacionamento com o RN e papel parental; comparar o nível global de stresse parental; e comparar a frequência de ocorrência dos fatores de stresse parental.

O estudo foi realizado em três hospitais a nível nacional, tendo participado quatro UCIN's: duas com SCD e duas em que os cuidados desenvolvimentais não estão formalmente sistematizados. Foram incluídos como participantes 59 pais, que responderam a um questionário que incluía a escala PSS:NICU para a avaliação do stresse parental.

Pretende-se, com este estudo, contribuir para a melhoria da prestação de cuidados centrados na família. É de extrema importância que o enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediatria seja sensível às transições que os pais atravessam, de forma a prestar cuidados específicos às respostas do ciclo de vida e de desenvolvimento do RN de alto risco e promover a vinculação entre o binómio filho/pais, bem como responder às suas preocupações, ansiedades e stresses, envolvendo-os no processo de cuidados dos filhos.

Esta dissertação encontra-se dividida em duas partes distintas: a primeira consiste no enquadramento teórico, onde é realizada uma abordagem às respostas dos pais face ao RN de alto risco, ao stresse parental associado à hospitalização do RN e aos Cuidados Desenvolvimentais; a segunda refere-se à investigação empírica onde é abordada a metodologia utilizada, feita a apresentação e discussão dos resultados, bem como, apresentadas as suas conclusões, limitações do estudo e sugestões para a prática clínica e para posteriores trabalhos de investigação.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 RESPOSTAS DOS PAIS FACE AO RN DE ALTO RISCO

“O nascimento de uma criança é considerado um dos acontecimentos mais importantes, na vida dos pais e da família” (Diaz, Fernandes, & Correia, 2014, pág.86).

1.1 RN ALTO RISCO

A nível mundial, nascem cerca de 140 milhões de crianças por ano, maioritariamente sem complicações, não precisando de qualquer cuidado de saúde após o nascimento (WHO, 2018). Mas sabe-se que há RN's que apresentam morbidades que os fazem necessitar de cuidados de saúde e de hospitalização.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014, pág. 332), RN de alto risco é o “recém-nascido que apresenta uma maior morbidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos... devido às condições ou circunstâncias sobre impostas pelo curso normal dos acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina” incluindo ameaças à viabilidade do RN que ocorram no período pré, peri e pós-natal (Hockenberry & Wilson, 2014).

A Academia Americana de Pediatria (AAP) define como RN de alto risco os bebés que apresentam patologias cardíacas, que requerem procedimentos e diagnósticos especiais ou cirúrgicos, idade gestacional inferior a 32s e peso à nascença inferior a 1500g, suspeita de infeções congénitas, alterações fisiológicas 6 horas após asfixia, malformações congénitas que necessitam de procedimentos diagnósticos especiais ou intervenção cirúrgica, convulsões, condições que precisem de transfusão sanguínea, distúrbios respiratórios persistentes, após uma hora do nascimento e alteração do estado clínico por qualquer razão no período neonatal (Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Committee on Fetus And Newborn, 1996).

Existem fatores que podem influenciar o nascimento de um RN de alto risco. Estes podem ser maternos, obstétricos e/ou neonatais. Nos fatores maternos encontram-se a hipertensão, diabetes, infeção, adições, idade, entre outros. Relativamente aos fatores obstétricos podem ser restrição do crescimento intrauterino, gestação múltipla, rutura prematura de membranas, cesariana, entre outras. Dentro dos fatores neonatais temos a prematuridade, posmaturidade, ser grande ou pequeno para a sua idade gestacional, infeção, malformações major, traumatismo obstétrico, necessidade de ressuscitação ao

nascer, icterícia, patologias respiratórias e/ou cardíacas (Hockenberry & Wilson, 2014; Mascarenhas *et al.*, 2018; Araújo, Pereira & Kac, 2007; Silva, Menezes, Cardoso, & França, 2016). (Machado, Teixeira, & Sá, 2008)

Araújo, Pereira e Kac (2007) referem também como fatores de risco para um nascimento prematuro os fatores psicológicos maternos. Eles são descritos como os principais causadores do elevado número de nascimentos prematuros (Correia & Linhares, 2007).

Os prematuros são os que têm mais representatividade no universo dos RN's de alto risco. Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) nascem por ano em todo o mundo, 15 milhões de prematuros, isto é, RN's com menos de 37s. Também descreve que as complicações decorridas de RN's prematuros são a primeira causa de morte em crianças com idade inferior a 5 anos correspondendo a cerca de 1 milhão de mortes em todo o mundo em 2015. (R. Silva, Menezes, Cardoso, & França, 2016)

Segundo Hockenberry e Wilson (2014), os RN's de alto risco são maioritariamente classificados segundo o peso, idade gestacional e problemas fisiopatológicos predominantes.

Os RN's podem ser divididos em categorias segundo a sua idade gestacional:

- Prematuros extremos: menos de 28s de gestação
- Grandes prematuros: das 28 às 32s de gestação
- Prematuros moderados ou tardios: das 32 às 37s de gestação exclusive (WHO, 2018).

Machado, Teixeira e Sá (2008) referem que a prematuridade moderada e prematuridade limite são aquelas em que a sobrevivência do RN é maior e existe menor probabilidade de sequelas futuras. Estes mesmos autores diferenciam prematuridade limite como RN's entre as 35 e as 37s e prematuridade moderada RN's entre as 31 e as 34s de gestação. Pode-se verificar que em relação a WHO (2018), os autores fazem uma divisão diferente verificando-se assim que tanto a prematuridade limite como a moderada se encontram praticamente inseridas nos prematuros moderados ou tardios.

Não é só a idade gestacional que é considerada um fator para definir o alto risco. O peso também é um fator a ter em conta e já é um critério utilizado por investigadores e médicos (Parmigiani, Gianotti, & Bevilacqua, 2012).

Beckwith & Rodning, (1991), citado por Santos (2014), definem três grupos de RN relativamente ao peso de nascença:

- Baixo peso: RN que pesam à nascença entre 1500g e os 2500g;
- Muito baixo peso: peso à nascença entre os 1000g e os 1500 g;
- Extremo baixo peso: RN que à nascença têm um peso inferior a 1000 g.

Já Parmigiani, Gianotti e Bevilacqua (2012) definem os RN's prematuros em relação à idade gestacional e ao peso, tendo considerado três grupos:

- Pré termo limiar: RN que nasce entre as 33s e as 36s de gestação e /ou têm um peso ao nascer entre 1500g e 2500g;
- Prematuro Moderado: RN que nasce entre as 28s e as 32s de gestação e/ou com um peso ao nascer entre 1000g e 2500g;
- Prematuro Extremo (grande prematuro): RN que nasce antes das 28s de gestação e/ou pesa menos de 1000g.

Sabe-se que em cada ano aumentam os nascimentos de RN prematuros. Devido ao modo e ritmo de vida dos países mais desenvolvidos e industrializados, onde há maior stresse, existe maior probabilidade de ocorrer um número significativo de partos prematuros (Araújo, Pereira, & Kac, 2007). A fragilidade do RN prematuro e a morbilidade aumentada leva a que eles tenham necessidade de hospitalização imediata, de forma a aumentar a sua sobrevivência e evitar lesões futuras (Silva *et al.*, 2016).

Em Portugal entre 2012-2017 verificou-se um aumento da percentagem de RN de baixo peso (peso inferior a 2500g), representando 8,9% do total dos nascimentos com vida em 2017. Nesse mesmo período verificou-se também um aumento da percentagem dos RN prematuros (idade gestacional inferior a 37s) para 8,1%. É de salientar que as percentagens superiores ao valor nacional tanto num como no outro caso se verificam nas mães com idades superiores aos 35 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

Os RN's pré-termo, como foi referido anteriormente, são uma parte do universo dos RN's de alto risco. Têm necessidade de cuidados especiais a nível da assistência perinatal, onde são sujeitos a um ambiente de cuidados intensivos, que envolve uma sobrecarga de estímulos sensoriais (sons inerentes ao próprio serviço), mas também a toda a tecnologia associada a este tipo de cuidados (monitores, ventilação invasiva, ventilação não invasiva...) (Als, 2009 e Als, 2015).

Nestes últimos anos, o tempo de sobrevivência dos RN de baixo peso, tem aumentado exponencialmente. Vários fatores como a evolução da tecnologia, a introdução de novas medidas, a administração do surfactante, o retardar do parto, a administração de corticoides pré-natais, as transferências “in útero” de forma a estes RN’s nascerem em instituições perinatais referenciadas, entre outros, têm influenciado esse aumento de sobrevivência (Vieira, Guimarães, Fernandes, Toso, & Machineski, 2015; Branco & Mimoso, 2014).

O nascimento de um RN de alto risco “é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais” (Ramos & Cuman, 2009, pág. 298), originando tanto à família como à sociedade em geral uma transição social, financeira e emocional de uma grande dimensão. Há exigência de, cada vez mais, existirem estruturas assistenciais com capacidade técnica e equipamentos que nem sempre estão disponíveis (Ramos & Cuman, 2009).

1.2 TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE

Para os pais o nascimento de um filho de alto risco é um período de transição e de adaptação a uma nova realidade (Brazelton, 2013; Fernandes & Silva, 2015).

A transição para a parentalidade de um RN, especialmente de alto risco, não é um processo claro ou simples mas trata-se de uma vivência que é influenciada por vários fatores (Henriques, Santos, Caceiro, & Ramalho, 2015; Hockenberry & Wilson, 2014).

Esses fatores podem ser relacionados com a idade dos pais, a qualidade da relação parental, a experiências dos pais relativamente à sua própria infância, o seu sistema de valores, a experiência prévia no cuidado de outras crianças, a família, sistemas de suporte e os efeitos de stresse na conduta dos pais e outras experiências de vida (Hockenberry & Wilson, 2014).

O conceito de transição é central para a enfermagem, desta forma, Meleis *et al.*, (2000) desenvolveram uma teoria de médio alcance, a partir de uma investigação focalizada nos processos de transição a que a pessoa está sujeita durante todo o seu ciclo de vida.

A Teoria de Transições é considerada de médio alcance pois caracteriza-se por alvos mais limitados e menor abstração do que outro tipo de teorias, dirige-se a fenómenos específicos ou conceitos e reflete a prática. Cada transição define-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões (Meleis, 2010).

Meleis & Schumacher (1994, pág. 120) definem transição como “uma passagem ou movimento de um estado, condição ou local para o outro”. Ela remete para os processos e os resultados das interações complexas do ambiente pessoal. Poderá envolver mais do que uma pessoa e é encaixada no contexto e na situação (Chick & Meleis, 1986).

Miles *et al.* (2000) consideram quatro tipos de transição: desenvolvimento (relacionadas a mudanças no ciclo vital); situação (associadas a acontecimentos em que haja alteração de papéis); saúde/doença (quando há uma mudança de estado de bem-estar para o estado de doença); organizacional (relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas...).

As transições, quando há nascimento de um RN, principalmente de alto risco, são de desenvolvimento, de situação e de saúde/doença.

Relativamente às transições de desenvolvimento fala-se da parentalidade. A Classificação Internacional à Prática de Enfermagem (CIPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2011 pág.66), define-a como “Tomar conta: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças;...”. Também são consideradas transições de desenvolvimento todas as alterações/adaptações ocorridas durante o período de gravidez (Meleis & Schumacher, 1994).

Já as transições de situação ocorrem devido ao papel dos pais ser alterado. Desta forma os pais além de serem marido e mulher têm o acréscimo de serem pai/mãe (Hockenberry & Wilson, 2014). Broww Powwel-Cope, citados por, Meleis e Schumacher (1994), referem que o cuidado da família é conceptualizado como uma série de transições.

As transições de Saúde/Doença existem devido a existir uma morbidade associada ao RN de alto risco, que pode alterar o seu ciclo vital, desta forma alterando o papel parental, proporcionando assim, que os pais precisem de ganhar novas competências para as necessidades que o mesmo precisa.

Desta forma, os enfermeiros têm um papel preponderante nestas transições sendo um dos meios facilitadores para ajudar nesta nova fase de vida tanto para os pais como para os RN's.

Segundo Queirós & Barbieri-Figueiredo (2015, pág.6) o enfermeiro deve facilitar “... as transições, os processos de transição, fornecendo, gerindo autocuidado terapêutico desde a concepção até à morte ao longo do ciclo vital, procurando que o percurso vivencial de

indivíduos, famílias e comunidades seja cumprido com bem-estar e não apenas no conceito de saúde ou no de ausência de doença”.

1.3 REAÇÃO DOS PAIS AO NASCIMENTO DE RN DE ALTO RISCO

O nascimento de uma criança, como referido anteriormente, é um momento de transição para os pais, mas também é vivenciado, a maior parte das vezes, como um momento de elevado stresse, principalmente quando é um RN de alto risco (Miles, Funk, & Kasper, 1991). Os pais, ao terem noção da perda e do luto pelo nascimento prematuro, podem criar sentimentos de culpa pelo termo da gravidez, podem criar preocupações de que o futuro desenvolvimento saudável não seja possível, além da separação por longos períodos do seu filho e da família (Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005).

Brazelton (2013) refere que o nascimento de RN de alto risco é um choque e os pais têm de encarar adaptações à nova realidade nesta fase da sua vida. Algumas perguntas são feitas por parte dos pais, tais como: “Por que razão não consegui levar a gravidez até ao fim?” ou “Haveria algum defeito da minha parte- ou da parte dele?” (Brazelton, 2013, pág. 396).

Sentimentos de culpa, medo, ansiedade, stresse, sofrimento, impotência, dor, choque, descrença, tristeza, depressão, zanga são sentidos inicialmente pelos pais quando ocorre o nascimento de um RN de alto risco, devido a ter perdido a idealização do filho que se tinha formado durante toda a gravidez (Fernandes & Silva, 2015; Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005, Silva *et al.*, 2016). Os tubos, as luzes, os sons que existem nas UCIN's tornam-se para os pais um ambiente traumático que os deixa vulneráveis e, por vezes, deixam de ter controlo (Fernandes & Silva, 2015).

Segundo Brazelton (2013), o nascimento do RN de alto risco pode provocar três reações possíveis nos pais: a não aceitação (os pais tendem a distorcer a realidade, podendo considerar a situação de uma maneira mais otimista ou pessimista, o que desta forma, ajuda os pais a reagir, mas irá precisar de reajustamento); a projeção (os pais atribuem a culpa a outra pessoa, sendo os médicos, enfermeiros, ou outros profissionais alvos desta reação, tendo consequências nos cuidados prestados ao RN); o alheamento (os pais “desligam-se” do RN, muitas das vezes por lhes provocar dor e por se sentirem sós).

Fernandes e Silva (2015) consideram um dificultador da adaptação à parentalidade a imagem do bebé idealizado ser díspar da imagem real do RN. Lidar com esta nova

realidade, um RN que não foi idealizado e a perda do que foi idealizado, pode ser muito difícil e demorado para os pais, devido a poder acontecer uma mistura de sentimentos e mecanismos de proteção individuais que lhes permite livrar-se de sentimentos de depressão, culpa, falta de amor próprio.

Não se pode acelerar esta adaptação dos pais ao RN real, sendo necessário que se crie ambiente propício aos pais para a expressão dos seus sentimentos. Este processo de luto do bebé imaginado é essencial ser feito para os ajudar na transição para os novos papéis da sua vida, permitindo uma reorganização emocional e de aceitação do RN real.

Este processo pode ser moroso e com algumas intercorrências devido ao turbilhão de sentimentos vivenciados pelos pais (Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005). Desta forma os profissionais de saúde devem acompanhar as necessidades dos pais à medida que o seu papel parental se vai alternando (Turan, Başbakkal, & Ozbek, 2008).

Os sentimentos dos pais durante a hospitalização vão variando consoante a evolução positiva do seu filho. De sentimentos de culpa, tristeza, medo, negação passam para sentimentos de aceitação, fé, alegria e esperança (Fernandes & Silva, 2015; Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005).

Estudos realizados no contexto da parentalidade face à hospitalização de RN's em UCIN's têm demonstrado que o nascimento de um filho, principalmente prematuro, corresponde a um período registado pelos pais por apresentarem um enorme sofrimento mas também sentimentos de culpa, ansiedade, medo, depressão, fúria, impotência e receio da morte do bebé (Fernandes & Silva, 2015; Silva *et al.*, 2016; Diaz, Fernandes, & Correia, 2014; Oliveira, Veronez, Higarashi, & Corrêa, 2013), dado que aquando o nascimento do RN de alto risco podem surgir morbilidades que podem alterar diversas áreas do seu desenvolvimento.

Visto a família constituir o primeiro grupo a que o RN pertence, os enfermeiros têm de ter especial atenção às necessidades da mesma. “O nascimento prematuro e a hospitalização imposta pelo estado clínico do recém-nascido, leva os pais a viverem esta fase com angústia e medo” (Fernandes & Silva, 2015,pág.108).

Além da “ajuda” para “controlar” a turbulência de emoções que um parto prematuro acarreta, as necessidades da família passam também pelo ganho de competências nos cuidados do desenvolvimento do RN, no apoio psicológico, apoio na vinculação, na

compreensão do diagnóstico, no apoio da organização da dinâmica familiar e relacional...(Fernandes & Silva, 2015 e Amorim, Alves, Barros, & Silva, 2016).

A intervenção com vista à promoção ganha contornos no seio familiar, pois subentende-se que um RN, cuja relação com os familiares seja uma fonte de energia e não o contrário, terá, desde logo, uma maior probabilidade de vingar no que toca às suas aspirações e bem-estar.

2 STRESSE PARENTAL ASSOCIADO À HOSPITALIZAÇÃO DO RN

A hospitalização de um RN/criança provoca, por vezes, uma crise de identidade parental. Os pais apresentam dúvidas, incertezas, hesitações no que diz respeito àquilo que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais desejam que eles executem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma, a hospitalização “interfere na adaptação da parentalidade pois constitui um impedimento à relação e vínculo mãe/pai e filho” (Fernandes & Silva, 2015, pág. 112).

A hospitalização de um RN de alto risco tem como fatores inerentes a ela a separação do binómio pais/filho, o tempo de hospitalização, as rotinas das UCIN's e a condição e estado clínico do mesmo. Esta fase influencia tanto os pais como o RN em aspetos sociais, psicológicos e emocionais. Devido a esta separação inicial, a formação do vínculo entre o binómio pais/RN poderá ser dificultada e terão os profissionais de saúde um papel fulcral para a formação do mesmo (Hockenberry & Wilson, 2014; Fernandes & Silva, 2015; Silva, Barroso, Abreu, & Oliveira, 2009).

Inácio (2011), citado por Fernandes e Silva (2015), procurou conhecer e compreender os significados que os pais atribuem à hospitalização do seu filho prematuro no período neonatal, verificando que consideram a hospitalização como uma transição difícil, mas também uma experiência compensatória.

A consistência dos cuidados parentais à criança, a adequada interação RN/família e a vinculação segura entre os mesmos, são fatores decisivos para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com consequências ao longo de todo o seu ciclo de vida (Direção-Geral da Saúde, 2005). Consequentemente, o desenvolvimento do RN/criança é influenciado pela qualidade dos cuidados que lhe são prestados e à sua família (Brazelton & Greenspan, 2009).

“Na presença de um bebé pré-termo, torna-se obrigatório permitir que se desenvolvam mecanismos capazes de estabelecerem a interação mãe/filho precocemente, dado o risco que as situações de crise habitualmente acarretam” (Ferreira & Costa, 2016, pág.51).

Com a hospitalização os pais sentem-se sob pressão, incapazes de perceber o que os rodeia tanto a nível das suas emoções como no cuidar do seu filho, apresentando

sentimentos de desconforto, associados a experiências desagradáveis, à dor, mau estar físico e psicológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A ansiedade e o stresse são das respostas maiores dos pais à hospitalização quando surge o nascimento de um RN de alto risco, desta forma, é pertinente definir estes dois conceitos.

2.1 ANSIEDADE E STRESSE

Os pais podem apresentar ansiedade como resposta ao nascimento e hospitalização do RN de alto risco. Existem várias definições e vários modelos que estão associados à ansiedade.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), através da CIPE, ansiedade é uma emoção negativa provocando sentimento de angústia, ameaça e perigo. Ela encontra-se em várias definições de focos descritos na CIPE.

Já, por sua vez, a Associação Americana de Psiquiatria, define ansiedade como antecipação de uma ameaça futura associada a tensão muscular e estado de alerta de forma a estar preparado para o perigo que poderá vir, apresentando a pessoa comportamentos de apreensão (American Psychiatric Association, 2014).

Para Baptista, Carvalho e Lory (2005) é um estado emocional negativo, sem estímulos desencadeantes externos e que não pode ser evitado. As manifestações da ansiedade são variáveis, podendo apresentar alternâncias ao longo do tempo, sendo sempre influenciados por episódios geradores dessa ansiedade. Referem também que os principais sintomas podem ser a tristeza, a vergonha, a culpa, a cólera, a curiosidade, o interesse ou a excitação.

Spielberger em 1966 criou um modelo de ansiedade que diferencia a ansiedade em duas componentes, o estado e traço (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). Este modelo pretende explicar a relação que existe entre os fatores internos e externos indutores de stresse, especificar as características das situações stressantes que estão inerentes aos vários níveis de stresse e realizar uma avaliação cognitiva do estado e traço de ansiedade.

Aquele autor define ansiedade de estado como o nível de ansiedade num determinado momento, isto é, um estado emocional do momento onde a pessoa conscientemente apresenta sentimentos de tensão e apreensão, o qual tem a consequência de ativar o

sistema autónomo da pessoa, que vai variando em intensidade podendo flutuar ao longo do tempo. Já ansiedade de traço é caracterizada pela tendência geral da pessoa para vivenciar elevações na ansiedade enquanto está sujeita a agentes stressores, isto é, diferença individual, relativamente estável quanto à propensão para a manifestação da ansiedade (Fioravanti, *et al.*, 2006; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

A ansiedade aparece a partir de sistemas cognitivos e de avaliação das capacidades da pessoa para processar e reagir às situações. O modelo cognitivo da ansiedade, considera como fatores mediadores, agentes que causam stresse. O modelo transacional do stresse em que a avaliação da ansiedade é considerada como mediador principal para o aparecimento do stresse, apresenta dois estádios de avaliação, o primário (que determina se o estímulo é insignificante, positivo ou stressante) e o segundo estádio de avaliação que só é aplicado se a avaliação primária tiver apresentado resultados em que o estímulo é stressante. Pode-se verificar que o modelo cognitivo vai de encontro com o modelo transacional de stresse e desta forma aproximarem-se da perspectiva de Lazarus, 1991.

Como a ansiedade, o stresse, também é uma das respostas à hospitalização de um filho. O seu conceito desde há muito tempo tem suscitado interesse nos investigadores, visto ser considerado um fenómeno universal.

O interesse sobre esta temática já remonta ao tempo de Hipócrates (470-377 a.C), mas só em 1929, o fisiologista Cannon referiu que a reação de stresse pode ser vista como um fenómeno referente à interação corpo e mente (Oliveira, 2006; Santos & Castro, 1998).

O médico Hans Selye (1936-1976) foi o primeiro a definir stresse como um conceito científico referindo-o como uma “reação adaptativa única e geral do corpo quando submetido a agentes estressores, por ele denominada de síndrome de adaptação geral” (Santos & Castro, 1998, pág. 12), que é caracterizada por três fases: reação de alarme, resistência e exaustão.

Já, por sua vez, Khorol, em 1975, definiu stresse como a reação do corpo a qualquer alteração/mudança seja ela agradável ou não. Por sua vez, Myres em 1999, refere que para Claude Bernard stresse são respostas que o organismo apresenta face a ameaças físicas à sua integridade. (Myers, 1999)

Houve várias investigações científicas sobre o stresse e os modelos a ele associados desde os primórdios até aos dias de hoje, tendo todos eles contribuído, de uma certa forma, para a intervenção terapêutica e prevenção dos efeitos indesejados do stresse a nível físico,

emocional, comportamental e cognitivo da pessoa (Santos & Castro, 1998; Oliveira, 2006)

A nível de enfermagem, stresse define-se como “status comprometido: Sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, pág.77).

Desta forma, pode-se considerar que uma situação indutora de stresse é toda a situação em que seja necessária a resposta da pessoa a qualquer estímulo ou situação que é considerada pela mesma uma sobrecarga dos seus recursos, afetando o seu bem-estar físico e psíquico (Santos & Castro, 1998; Oliveira, 2006).

Lazarus & Folkman (1984), consideram que quando a pessoa está sob stresse pode sentir que o nível de condição que é dada, à situação de stresse, é acima da sua competência, isto é, a pessoa pensa que os meios, pessoais e sociais, de que dispõe para ultrapassar com êxito uma determinada situação não serão os necessários para ultrapassá-la.

Ramos (2003) refere que os fatores que induzem o stresse na pessoa podem ser inúmeros e podem integrar componentes como a personalidade, autoestima, autoconfiança, apoio social, resistência física, saúde e capacidade de gerir com um agente stressor (situação que provoca na pessoa receio ou terror no momento).

Sendo os conceitos de stresse e ansiedade muito idênticos, muitas vezes é difícil perceber o que os pais estão a vivenciar. Segundo Graziani & Swendsen (2007), a ansiedade acompanha o stresse e as situações que provocam ansiedade estão inerentes às situações stressantes. Desta forma, é importante definir em que consiste o stresse parental, visto haver uma grande diversidade de conceitos.

2.2 STRESSE PARENTAL

Com o decorrer do tempo a perceção dos pais acerca do comportamento e características dos filhos e a sua influência na prática do papel parental tem sido alvo de estudo. Desta forma, a investigação nesta área, tem tentado perceber a parentalidade e quais os fatores que a influenciam (Abidin, 1992).

Parentalidade, por si só, é um estado que apresenta um grande grau de complexidade que envolve adaptações e mudanças para os pais. As percepções dos pais sobre as competências necessárias para corresponder às exigências impostas pelo papel parental, vão interferir na relação binómio pais/filhos, bem como, no desenvolvimento da relação entre eles. As vivências que decorrem de ser-se pais, entre elas, a prestação de cuidados aos filhos, podem ser vividas pelos pais como experiências positivas e que lhes proporcione um sentido de competência ou como experiências negativas, sendo difíceis, frustrantes e como consequência geradoras de stresse (Crnic & Low, 2002).

Desta forma, a parentalidade, além de permitir aos pais terem momentos únicos e gratificantes, também lhes proporciona situações e exigências que constituem um risco levando a um aumento do stresse, podendo promover uma degradação da saúde e bem-estar parental.

No contexto parental há certas situações que vão interferir na forma como os pais lidam com essas situações. As estratégias que utilizam para ultrapassá-las podem determinar alguma vulnerabilidade ao stresse.

O stresse resultante do papel parental é diferente qualitativamente do stresse desencadeado por outros tipos de acontecimentos da vida quotidiana. Segundo Deater-Deckard (1998) o stress parental constitui o melhor preditor de saúde e bem-estar dos pais e do crescimento da criança, relativamente aquele que é provocado por situações ocorridas no dia a dia dos pais.

Nem todos os pais experimentam o nível de intensidade de stresse da mesma maneira, devido a cada um ter uma percepção diferente das exigências inerentes ao papel parental (Lopes, Catarino, & Dixe, 2010; Deater-Deckard, 1998).

Inicialmente, Deater-Deckard (1998) definiu stresse parental como uma reação psicológica, que causa sentimentos negativos aos pais ou à criança, face às exigências inerentes à educação dos filhos. Mais tarde, Crnic & Low (2002, pág.248) definiram-no como uma “reação psicológica adversa, que surge perante as exigências de ser mãe ou pai, que é experienciada com sentimentos negativos, acerca do próprio e da criança, sentimentos estes que estão diretamente relacionados com as exigências da parentalidade”.

Para se compreender de forma mais clara a definição de stresse parental, tentou-se perceber, quais os fatores do stresse parental e quais as estratégias que existem para reduzir o mesmo.

2.2.1 Fatores de Stresse Parental

Souza, Dupas e Balieiro (2012) consideram a prematuridade e a hospitalização logo após o nascimento, entre outras, como fontes geradoras de stresse para os pais. Também descrevem como outras fontes a dificuldade em perceber o que está a acontecer com o seu filho e o estar num ambiente estranho com o que está a ele associado.

Na literatura há evidência que comprova a existência de vários modelos que descrevem os mecanismos do stresse parental. Eles referem a existência de fatores que influenciam o stresse parental e de que maneira eles interferem nas exigências da parentalidade vivenciadas pelos pais. Eles destacam as características dos RN, dos pais, do contexto social e familiar e do ambiente (Crnic & Low, 2002; Abidin, 1992; Miles et al., 1993; Belsky, 2005).

Estes modelos encontram-se divididos em duas principais linhas de investigação:

- Centrada no impacto do funcionamento familiar do stresse relacionado com as situações que surgem no dia a dia intrínsecos à parentalidade, que são designados como acontecimentos minor (Crnic & Greenberg, 1990). Isto é, as frustrações/irritações sentidas diariamente associadas ao papel parental e ao comportamento da criança são constituídas como as principais fontes geradoras de stresse;
- Centrada na relação binómio pais/filhos (Abidin, 1992; Belsky, 2005). Esta linha de investigação considera aspetos relacionados com o sofrimento vivenciado pelos pais dentro do contexto familiar e os problemas das crianças face às situações normais geradoras de stresse (Crnic & Low, 2002). Desta forma, e segundo Abidin (1992), o stresse ocorre em situações que são difíceis para os pais e eles têm dificuldade em gerir os recursos psicológicos e físicos devido às suas próprias limitações.

Tanto uma como outra perspetiva têm inerente a ideia que grandes níveis de stresse podem aumentar o desenvolvimento de uma parentalidade disfuncional (Crnic & Low, 2002).

Como já foi referido anteriormente existem fatores desencadeantes de stresse parental. Eles são desenvolvidos em um modelo complexo e dinâmico que sugere a existência de interações entre eles mesmos, sendo eles os pais, a criança e o meio em que estão inseridos. Muitos dos modelos que se encontram na literatura referem que o stresse parental é multideterminado, tem consequências no comportamento dos pais e irá interferir com o desenvolvimento da criança (Abidin, 1992; Mash & Johnston, 1990)

Mash e Johnston, em 1990, por seu lado, descreveram que os fatores ambientais, parentais e da criança têm influência no stresse parental, sendo a relação entre fatores bidirecional e que podem atuar como intermediário entre os restantes fatores.

Por sua vez, Abidin, em 1992, criou um modelo dinâmico e integrativo que congregava os fatores sociológicos, comportamentais e personalidade dos pais. Também considerou importante as cognições e crenças dos pais relativamente ao papel parental, devido a serem um fator preponderante face a eventuais fontes geradoras de stresse. Ele considera o stresse parental multideterminado, uma vez que se desenvolve devido a fatores relacionados com os pais, crianças e situações e corresponde ao resultado de várias avaliações feitas pelos pais, tendo em conta o seu papel parental e as situações que vivenciam.

Quando o stresse vivenciado pelos pais é adequado, o autor refere, que pode constituir uma variável motivacional que se dá aos pais para aplicar os recursos que têm na realização do seu papel parental. Por sua vez, se os níveis de stresse parental forem excessivos podem comprometer a qualidade da parentalidade o que pode provocar consequências negativas no desenvolvimento da criança. Abidin desenvolveu um instrumento de avaliação de stress parental a Parenting Stress Index (Abidin, 1992).

Miles, Funk e Kasper, em 1991, criaram uma escala para avaliar o nível de stresse parental, PSS:NICU de forma a medir as perceções dos pais relacionadas com o internamento, nomeadamente o ambiente físico e psicossocial, comportamento e aparência do RN, relação com a equipa e alteração do papel parental (Miles *et al.*, 1991; Franck *et al.*, 2005).

Inicialmente esta escala era composta por quatro dimensões. À posteriori foram consideradas só três dimensões: Imagens e Sons, Aparência e Comportamento do RN e Relacionamento com o RN e Papel Parental (Miles *et al.*, 1993). Os mesmos autores

referem que estas três dimensões são fatores que influenciam significativamente o stresse parental. Esta escala foi o instrumento utilizado para a realização do estudo da dissertação.

Ela tem por base a teoria de stresse de Magnussen que consiste em considerar que a percepção do stresse é instigado pelo o ambiente físico e psicossocial, pelo que relação entre a pessoa e o ambiente é um precedente importante na resposta de stresse (Reid, Bramwell, Booth, & Weindling, 2007).

Miles, no estudo inicial em 1987 observou que os pais estavam mais preocupados com a aparência frágil do RN do que com a alteração parental, mas, à posteriori, após realização doutro estudo, para validação do instrumento, observou que a alteração do papel parental era a maior causa de stresse (Miles *et al.*, 1993; Souza *et al.*, 2012)

Agrawal & Gaur (2017) referem que o ambiente das UCIN's é moderadamente stressante para os pais, tendo tido uma maior percentagem na dimensão da relação entre os pais/RN e alteração no papel parental. Este estudo tinha como objetivo perceber a diferença do papel parental entre a mãe e o pai. Concluiu que o stresse a nível materno é mais significativo em todos os pontos da escala. Refere também que devido ao stresse apresentado pelos pais é necessário prestar cuidados centrados na família.

Outros estudos referem que a dimensão Imagens e Sons causou menos stresse aos pais, mas a dimensão de Aparência e Comportamento apresentou maior stresse neles. Este estudo foi desenvolvido na validação da escala de um estudo brasileiro (Souza *et al.*, 2012).

Santos (2014), por sua vez, através da tradução, validação cultural e linguística da escala PSS:NICU, refere que a dimensão das Imagens e Sons é a que os pais consideram menos stressante e o relacionamento é a que provoca maior nível de stresse. A mesma autora refere que a escala apresenta boas qualidades psicométricas revelando ser válida e confiável, ainda que o “n” da amostra não corresponda, segundo alguma literatura, ao número suficiente para a validação da escala.

Um estudo descritivo realizado na Turquia indicou como resultado que a Aparência e o Comportamento do RN teve um score mais elevado e o Relacionamento com o RN e Papel Parental obteve o score mais baixo das três dimensões (Yapici, Ozel, Oner, & Harmanogullari, 2018).

Após um estudo prospetivo, realizado por Turner, Chur-hansen, Winwfield e Stanners (2015) concluíram que a dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental

apresentou um score mais elevado em relação às outras dimensões. Um estudo descritivo realizado no Brasil por Kegler *et al.*, (2019) obteve os mesmos resultados que o estudo anteriormente descrito.

Um estudo transversal realizado no Sul da América em neonatologias pertencentes a “Red Neocosur”, referiu que a dimensão do Relacionamento com o RN e Papel Parental apresentou valores mais elevados relativamente às outras dimensões, referindo que uma das causas que provoca mais stresse nos pais é não poder satisfazer as necessidades dos filhos (Wornald *et al.*, 2015).

Um estudo realizado em 2014, em Itália, que tinha como objetivo investigar em que medida os cuidados desenvolvimentais realizados regularmente em 25 UCIN’s de nível III interferiam no stress e depressão materna, teve como resultados que mães com RN prematuros em UCIN’s, com cuidados básicos no controlo de dor infantil, relataram um nível mais alto da perceção de stress associado à dimensão do comportamento e aparência do RN que mães de unidades de terapia intensiva (Montirosso *et al.*, 2014).

Mães de RN’s prematuros, em UCIN’s com cuidados mais elevados no controlo da dor infantil, descrevem uma pontuação média na sintomatologia depressiva semelhante ao que é descrito pelas mães dos RN’s de termo. Também concluíram que não havia efeitos significativos dos cuidados desenvolvimentais sobre o stresse e depressão materna. Realizou-se o estudo com 178 mães de RN prematuros e saudáveis com idade gestacional ≤ 29 s e /ou peso ao nascer ≤ 1500 g sem patologias neurológicas documentadas e o grupo de controlo foi uma amostra consecutiva de 180 mães com RN de termo (Montirosso *et al.*, 2014).

2.3 ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O STRESSE PARENTAL

A redução de stresse parental passa por um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas pelos pais com a finalidade de superar as dificuldades promotoras de stresse que surjam (Lopes *et al.*, 2010).

Entre as várias estratégias que existem para reduzir o stresse parental, dentro da literatura científica, selecionamos algumas que influenciam diretamente a diminuição do stresse parental, geralmente avaliado através da PSS:NICU.

Jafarzadeh, Maghsoudi, Barekatin, e Marofi (2019) realizaram um ensaio clínico randomizado que tinha como objetivo investigar o efeito do telenursing perante a

vinculação e stresse parental em RN prematuros internados em UCIN Shahid Behesht de Isfahan em 2017. O telenursing é um programa educacional realizado por telefone, sendo um centro de aconselhamento, que é praticado pela equipa de enfermagem, onde ligam aos pais uma semana após admissão do RN e novamente uma semana após a alta do mesmo. A escala PSS:NICU e Maternal Postnatal Attachment foram aplicadas nos mesmos momentos que foram efetuadas as chamadas. Como conclusões mostra um efeito significativo sobre o stresse e vinculação do grupo de intervenção. Houve uma redução de stresse e beneficiou a vinculação entre RN e mães.

Outro ensaio clínico randomizado, realizado por Beheshtipour, Baharlu, Montaseri e Ardakani (2014), criou um programa educacional que tinha como objetivo determinar o seu efeito sobre o stresse dos pais de RN's prematuros internados em UCIN's. O grupo de intervenção realizava uma visita aos pais no segundo dia de internamento para esclarecimento do estudo e preenchimento de um questionário sobre stress; no terceiro dia procediam a uma apresentação em formato *PowerPoint* e forneciam um *booklet* sobre a UCIN; no quarto dia forneciam informação sobre o estado geral do RN bem como davam informação fornecida pela equipa médica, sobre o que se iria passar no futuro; no quinto dia realizavam uma reunião sobre a interajuda entre os pais em situações críticas e esclarecimento de dúvidas. O grupo de controlo não recebeu qualquer tipo de reuniões e só preencheu a escala PSS:NICU no segundo e quinto dia após admissão e sete dias após a intervenção. Os autores concluíram que a aplicação deste programa educacional ajudou favoravelmente na redução do stresse parental e que os pais prestaram melhores cuidados aos RN's visto que lidaram melhor com o stresse.

Num estudo quasi-experimental, que tinha como objetivo investigar o impacto de uma “*father-friendly NICU*” (UCIN amiga do pai), sobre o stresse dos pais (homens) e a sua participação na prestação dos cuidados ao RN, foi construído um projeto formado por oito atividades/cuidados: o contacto pele-a-pele, os banhos, transmissão de informação pertinente, comunicação sobre o desenvolvimento do RN, oferta de aconselhamento sobre a paternidade e outra temática associada, informação sobre grupos de partilha entre pais, oportunidade de ter um familiar próximo presente em todo o processo e os restantes filhos poderem permanecer durante a noite na UCIN. Aplicaram a escala PSS:NICU durante os primeiros 3º e 14º dia após internamento e no momento da alta para avaliar os níveis de stresse. Concluíram que em ambos os grupos os níveis de stresse diminuíram significativamente durante a hospitalização sendo essa diminuição mais significativa no

grupo de controlo relativamente ao grupo de intervenção (Noergaard, Ammentorp, Garne, Fenger-Gron, & Kofoed, 2018).

Na Turquia foi realizado um estudo quasi-experimental pré e pró teste que tinha como objetivo determinar o impacto das visitas aos RN prematuros internados em UCIN's nos níveis de stresse parental. Utilizaram também a escala PSS:NICU como meio de avaliação do stresse parental. Concluíram que visitar os RN's internados contribuiu para redução dos níveis de stresse parental, mas é sempre necessário um espaço com boas condições e apoio para os pais. O estudo também sugere aos enfermeiros a estimulação da presença dos pais ao pé dos RN's, acompanhá-los na primeira visita à UCIN, incentivá-los a tocar e prestar cuidados ao seu bebé e explicar-lhes os procedimentos médicos de forma a transmitir-lhes apoio emocional com vista à diminuição do stresse parental durante as visitas ao RN (Özdemir & Alemdar, 2017).

Por sua vez, Hunter, Blake, Simmons, Thompson e Derouin (2019) também através de um estudo quasi-experimental pré e pós teste tentaram determinar se o programa *HUG Your Baby* (é um programa que ajuda os pais a perceber e a responder devidamente à linguagem corporal dos RN's e dá sugestões de forma a que os cuidados a serem prestados pelos pais ao RN favoreçam a vinculação e proporcionem maior interação entre eles) foi preponderante na redução do stresse parental e no aumento da confiança das mães após o parto do RN com idade gestacional igual ou inferior às 35s durante o internamento na UCIN. Foi aplicada a escala PSS:NICU durante a fase de estudo do programa. Concluíram que o programa reduz o stresse maternal e aumenta a confiança das mães na prestação de cuidados ao RN.

Novamente na Turquia, Alemdar, Özdemir e Tüfekci (2018), realizaram um ensaio clínico randomizado com pré e pós teste onde identificaram o efeito do cuidado espiritual que é proporcionado às mães com RN's hospitalizados em UCIN's interferindo nos níveis de stresse. Foi também utilizada, como nos estudos anteriores, a escala PSS:NICU para ajudar a perceber o stresse parental. Concluíram que a espiritualidade ajuda no vínculo mãe/RN. Os autores também descrevem a importância da equipa multidisciplinar, principalmente dos enfermeiros, na prestação de cuidados tendo em conta as necessidades espirituais dos pais, bem como o contexto das suas práticas.

Por sua vez, Kadivar, Seyedfatemi, Akbari, Haghani e Fayaz (2017), através de um estudo quasi-experimental pré e pós teste tentaram identificar a compreensão do enfermeiro e pais sobre o stresse das intervenções de enfermagem como facilitador e de que forma

aumenta a satisfação parental. Eles concluíram que a escrita narrativa pode ser vista como uma intervenção que reduz o stresse materno associado ao comportamento e aparência do RN nas UCIN's. Mas referem ser necessário mais investigação nesta área para justificar a sua implementação.

Já Leong et al., (2019) através de um estudo quasi-experimental, investigaram a efetividade de um programa estruturado de intervenção em enfermagem sobre o stresse nas mães e a sua capacidade, após os RN prematuros serem internados numa UCIN. Os autores concluíram que uma intervenção estruturada de enfermagem, com foco nas mães, permite a redução significativa do stresse e promove a sua satisfação.

Pode-se concluir que existem várias e pertinentes estratégias para a redução do stresse parental. Além daquelas que foram referidas anteriormente também a simplicidade de um contacto pele a pele, um toque dos pais no seu filho ou uma simples explicação podem fazer toda a diferença na vida destes pais que está tão caótica devido à hospitalização do RN.

É de referenciar a pertinência destes estudos serem feitos aos dois pais, visto que eles são a principal fonte de apoio e prestação de cuidados aos RN's. Não devia ser desvalorizado um ou o outro.

Como já foi referido anteriormente, aos profissionais de saúde cabe reduzir os efeitos produzidos por essas barreiras, incentivando os pais a prestarem cuidados. Mas apesar disso a UCIN continua a ser um fator de stresse para a vinculação e para a parentalidade.

Na perspetiva do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, os cuidados globais ao RN e família estão inerentes à elaboração do processo de enfermagem, com atenção a alguns aspetos fundamentais com vista ao desenvolvimento das suas próprias competências (Regulamento nº 422/2018, 2018).

Dar atenção às expetativas dos pais, interagir através de apoio, ensino, instrução e treino de modo a dotar os pais de conhecimentos, aprendizagens e habilidades de forma a capacita-los para a melhoria de cuidados os seus filhos, facilitar a adaptação ao processo de saúde tendo em conta as necessidades dos pais e da criança negociando os papeis de forma a facilitar a sua adaptação a esta nova realidade são alguns dos pontos que o enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria tem de ter presente nesta área de cuidados (Regulamento nº 422/2018, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2015).

O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria deve aprofundar e deter conhecimentos relativamente a esta área, pois a prestação de cuidados ao RN de alto risco exige um enorme rigor e detalhe. Deve também deter capacidades de comunicação efetiva com os pais, capacidade de escuta, transmitindo a segurança e tranquilidade necessárias para a prestação de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014).

Posto isto, é plausível que os cuidados desenvolvimentais possam contribuir para a redução do stresse parental, sendo, desta forma, pertinente uma abordagem a esta temática no próximo capítulo.

3 CUIDADOS DESENVOLVIMENTAIS

Como já foi referido em capítulos anteriores, o avanço na área dos cuidados neonatais, tem ajudado na redução da mortalidade e morbidade infantil, especialmente nos RN's de alto risco. O aumento anual do número de nascimentos de RN's de alto risco, principalmente prematuros, exige à sociedade a criação de melhor assistência perinatal, de forma a proporcionar-lhes melhor qualidade de vida (Coughlin, 2014; Guimarães *et al.*, 2002).

Com este avanço, também houve uma grande transformação nos cuidados prestados nas UCIN's, verificando-se uma evolução do modelo de cuidados neonatais mais centrados na família e no apoio ao desenvolvimento do RN (Gibbins, Coughlin, & Hoath, 2010).

A teoria dos cuidados centrados na família (CCF), segundo AAP (2003), citado por Hockenberry e Wilson (2014), é uma abordagem estruturada aos cuidados de saúde de forma a envolver a família como um todo, reconhecendo-a como uma peça fulcral, na prestação de cuidados por todos os profissionais de saúde, de forma a garantir cuidados de excelência, neste caso, para o RN de alto risco bem como para os seus pais.

Na enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, principalmente na área neonatal, de acordo com esta teoria, os profissionais de saúde, têm o dever, de além de prestar cuidados ao RN de alto risco, reconhecer a família como uma unidade de cuidados, sendo ela considerada uma fonte imprescindível na vida do RN (Corrêa *et al.*, 2015).

Também as neurociências têm contribuído para a evolução dos cuidados desenvolvimentais, mostrando os resultados da melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas UCIN's (Andrade & Andrade, 2013; Als *et al.*, 2004).

É importante, para a promoção do bem-estar, crescimento e desenvolvimento do RN, responder corretamente às suas necessidades neurobiológicas e fisiológicas (Coughlin, 2014). Desta forma, a evolução da perspectiva desenvolvimentista sobre o RN fez surgir o conceito de cuidados desenvolvimentais ou conceito de cuidados centrados no desenvolvimento. É uma filosofia de cuidados holísticos e um modelo prático que avalia as respostas dos RN à prestação de cuidados que lhes é dada (Gibbins *et al.*, 2010).

Os cuidados centrados no desenvolvimento ou cuidados desenvolvimentais traduzem-se em “práticas sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas de cada

RNP/Família, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança” (Ferraz, 2017, pág.23).

Os cuidados desenvolvimentais “ baseiam-se na premissa integradora identificando que a interação do RN com o meio envolvente constitui uma experiência sensorial” (Monteiro & Calado, 2019, pág. 30), que pode tornar-se positiva ou negativa no desenvolvimento do sistema nervoso do RN, ocorrendo através dos órgãos dos sentidos (visão, tato, audição e olfato) (Cunha et al., 2006).

Os cuidados desenvolvimentais têm por base a Teoria Sinativa do Desenvolvimento. Esta teoria foi desenvolvida por Heidelise Als em 1982 após inúmeras observações naturalistas a RN's. Ela descreve que o RN “é concebido dentro de um sistema dinâmico e de sucessiva diferenciação de determinados subsistemas: autonómico, motor, estado e atenção/interação (Ferraz, 2017, pág.36)).

Esta teoria pretende compreender e avaliar a forma como o RN se apresenta na relação entre subsistemas corporais (autónomo/fisiológico, motor, estado e atenção/interação) e entre estes e o ambiente (Als, 2009).

A autorregulação destes subsistemas passa pela quantidade (sobretudo pelo grau de maturidade do RN e este manter o equilíbrio) e pela qualidade de estímulos fornecidos ao RN, isto é, se o comportamento dos cuidadores passar por estímulos que favoreçam a sua autorregulação (estímulos positivos que incentivem as fortalezas do RN, busca de organização...) levam à sua estabilidade e devem ser mantidos e incentivados, se o comportamento dos cuidadores passar por estímulos stressantes (comportamento de retirada, evasão...) vai levar a uma instabilidade nos subsistemas do RN, devendo-se prevenir/alterar esses comportamentos (Als, 2009).

A Teoria Sinativa do Desenvolvimento centra-se na diminuição de estímulos nefastos para o RN e na individualidade dos cuidados prestados, baseada nas respostas fisiológicas e comportamentais observadas, face aos estímulos fornecidos ao RN. Ela tem como principal objetivo criar um ambiente de cuidados adequados e estruturados que incentive e promova a organização do desenvolvimento do RN de alto risco. Os cuidados desenvolvimentais identificam as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos RN's de alto risco/famílias, promovendo a minimização de possíveis complicações, a curto e longo prazo, associados a um internamento precoce numa UCIN (Coughlin, 2016, Ferraz, 2017).

Desta forma, a dinâmica entre a qualidade da interação do RN com o cuidador e o ambiente envolvente, influencia o desenvolvimento do RN e a capacidade de adaptação, ajudando na maturação do sistema nervoso central e na organização comportamental emergente do RN.

O modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvimentais (Coughlin, 2014), que tem por base a Teoria Sináptica do Desenvolvimento, veio ajudar num novo enquadramento das práticas de cuidados desenvolvimentais. O modelo estabeleceu cinco medidas centrais, em que cada uma representa uma prática organizada de cuidados que reconhecem as necessidades do RN/família:

1. Ambiente terapêutico - influencia na qualidade e consistência dos cuidados, dividido em três categorias: meio sensorial, apresentação física e ambiente estético;
2. Prevenção, avaliação e gestão da dor e stresse - segundo evidência científica a dor neonatal sugere que o RN pré-termo é mais vulnerável e tem repercussões a nível físico, psicológico e comportamental;
3. Proteção do sono - o sono tem um papel fulcral no desenvolvimento sináptico, na aprendizagem e na memória do RN;
4. Atividades de vida diária adequadas à idade - são atividades como posicionamento, alimentação, cuidados à pele que afetam diretamente as variáveis do RN, bem como o sono, a mobilidade funcional das articulações, o processamento sensorial e o neurodesenvolvimento;
5. Cuidados centrados na família - o papel dos pais na vida do seu filho é imprescindível e tem impacto nos eventos fisiológicos e psicoemocionais do RN.

Neste modelo, exemplificado na fig. 1, o RN é visto com um organismo dinâmico, sendo composto por sistemas fisiológicos internos, influenciados por um ciclo de sono-vigília e um anel planetário, que é uma superfície de cuidados externos. É também representado por uma perturbação dentro da órbita fisiológica que precisa de intervenção médica e de enfermagem. A família tem um papel crucial no internamento e é colocada tão próximo do RN quanto possível. A equipa multidisciplinar está representada por uma órbita protetora, envolta ao RN/família. A órbita mais externa está descrita como sendo o ambiente terapêutico composto por elementos físicos, humanos e organizacionais (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, & Franck, 2008, Gibbins *et al.*, 2010).

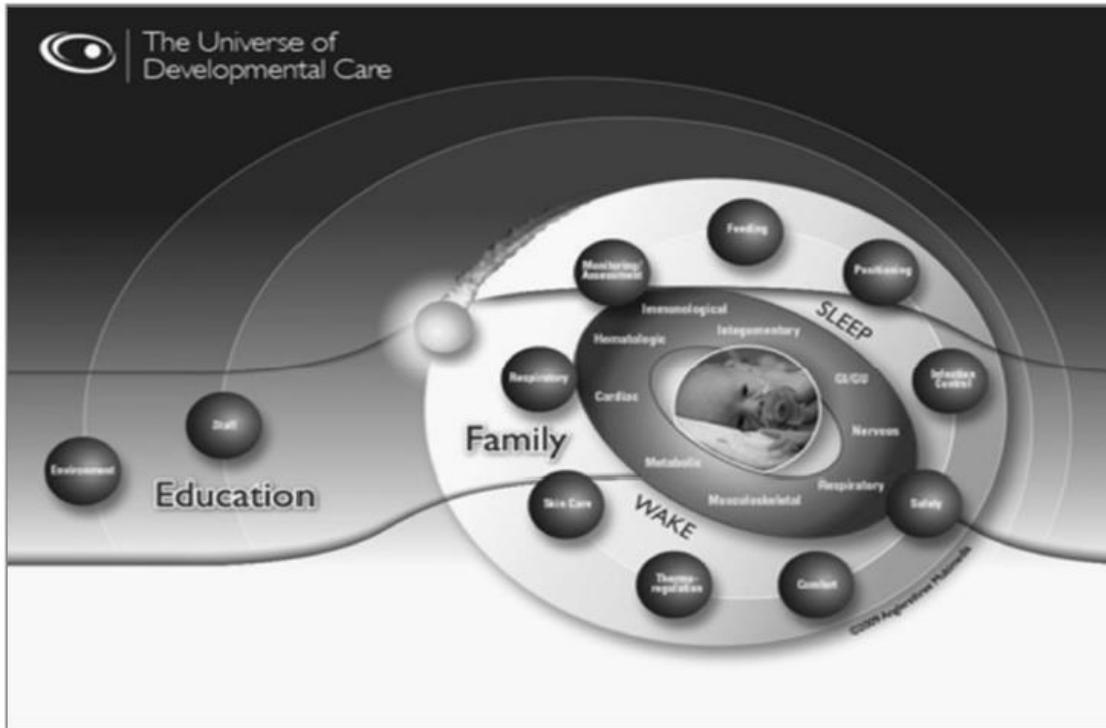


Figura 1 - Modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvidos

(Gibbins *et al.*, 2008, pág.142)

Neste modelo a educação estende-se por todos os planos, sendo especialmente uma extensão do conhecimento de enfermagem existente apresentada “como um meio para analisar criticamente as dimensões dos cuidados desenvolvimentais, que requerem uma linguagem e critérios de aplicabilidade objetivos, mensuráveis e baseados em evidências” (Ferraz, 2017, pág. 39).

Diversos autores defendem que há muitas UCIN’s que já praticam cuidados desenvolvimentais ao RN, mas também referem que há muita inconsistência nos cuidados prestados e falta de sustentação do ponto de vista da concepção. Descrevem que é de máxima importância definir, operacionalizar e sistematizar os cuidados desenvolvimentais, devendo os mesmos orientar-se por um conjunto de diretrizes. Fazem referência que existem muito poucos profissionais sensibilizados para a prática destes cuidados, sugerindo mais formação nas equipas (Halder, Bera, & Benerjee, 2015; Laudert et al., 2007; Als & McAnulty, 2015; Coughlin, 2016).

Ferraz (2017) procurou analisar a frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RN em UCIN’s portuguesas e saber, ainda, se existia relação entre a frequência da aplicação destas medidas e variáveis das

UCIN's/institucionais. Verificou que as medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RN prematuro são realizadas, mas não com a frequência recomendada. 65,4% dos enfermeiros percebe que as práticas de cuidados desenvolvimentais são realizadas apenas “às vezes” e há ainda uma percentagem de 14,3% que considera serem raramente concretizadas. Somente 18,9% dos enfermeiros inquiridos considera que a sua prática é feita de forma frequente. Os resultados demonstraram ainda que a frequência da aplicação destes cuidados difere, consoante a área de localização geográfica das UCIN's, revelando-se mais elevada nas Regiões Autónomas e menos na Região Centro. A frequência é significativamente mais elevada nas UCIN's com maior nível de diferenciação de cuidados e que têm instituído um programa/protocolo específico de cuidados desenvolvimentais.

Já Zhang, Lee, Chen e Liu (2016) realizaram na China um estudo onde avaliaram os fatores influentes na implementação dos cuidados desenvolvimentais nas UCIN's chinesas. Este indicou que maior número de RN's de alto risco, menos horas de trabalho por dia e menor tempo de experiência profissional em cuidados intensivos neonatais são fatores dificultadores para implementação de cuidados desenvolvimentais. Também referem que há necessidade de maior formação e treino dos profissionais de enfermagem nesta área de cuidados e ainda maior apoio por parte das organizações de saúde.

Um grupo de investigadores espanhóis procurou descrever o grau de implementação dos cuidados desenvolvimentais em UCIN's espanholas. Foram avaliados vários pontos dos cuidados prestados aos RN's de muito baixo peso e suas famílias, comparando-os com os que tinham sido publicados em 2006. Verificaram que a implementação dos cuidados desenvolvimentais em Espanha tem melhorado: nas medidas de controlar o ruído, 73% (em 2012) contra 11% (em 2006); o uso de sacarose foi de 50% contra 46%; a entrada dos pais sem restrições aumentou de 11% para 82% e a realização do método canguru aumentou de 31% para 82% (Maestro *et al.*, 2014).

A implementação de programas de intervenção precoce no período neonatal, centrados no seu desenvolvimento, é acompanhada de vários benefícios, não só para o RN (melhoria dos parâmetros fisiológicos, melhores respostas comportamentais, neurológicas e clínicas), como para a família (melhor perceção das suas competências parentais...) mas também para os profissionais (melhoria nos cuidados prestados ao RN/família) (Als, 2015 e Mallik & Spiker, 2017).

Em Portugal, nas UCIN's, também se praticam cuidados desenvolvimentais. Nos próximos subcapítulos serão desenvolvidos dois programas de cuidados desenvolvimentais que são praticados no nosso país.

3.1 NEONATAL INDIVIDUALIZED DEVELOPMENTAL CARE AND ASSESSEMENT PROGRAM (NIDCAP)

O NIDCAP é uma abordagem de cuidados individualizados ao RN onde se realiza e anota uma leitura detalhada dos sinais comportamentais (Als, 2017). Baseada na Teoria Sinativa do Desenvolvimento, é uma prática que assenta na observação racional e comportamental detalhada do RN através de uma grelha de avaliação desenvolvida a partir da escala Assessment of Preterm Infants' Behavior de Brazelton (Als, 2015).

Esta observação incide sobre uma lista de parâmetros fisiológicos e comportamentais, realizada antes, durante e depois dos cuidados ao RN. O observador terá de ser capaz de reconhecer os sinais comportamentais, como a forma de comunicação do RN, de reação aos cuidados e ao ambiente circundante, e adaptar esses mesmos estímulos, de forma a diminuir os comportamentos de rejeição, desorganização e instabilidade dos subsistemas e adotando ações para ajudar o RN a se reorganizar, a manter ou restabelecer a organização dos subsistemas com o intuito de potenciar o seu desenvolvimento (Als, 2009).

Isso requer a determinação do seu grau de desenvolvimento, organização e reorganização. O apoio surge com a adaptação da cadência, *timing* e forma da prestação de cuidados, preservando a energia e protegendo o sono, repouso e a relação afetiva com os pais (Als, 2009).

Dá também destaque às habilidades e vulnerabilidades do RN na sua evolução atual de desenvolvimento, isto é, o RN fornece um guia para o observador/cuidador avaliar as suas forças positivas para que dessa forma ele estruture e adapte os cuidados e as interações no intuito de realçar as competências e forças, mas também, para prevenir ou diminuir sinais de desconforto, stresse e/ou dor (Als, 2015). Desta observação, regularmente atualizada, saem recomendações para apoiar o RN e o seu próprio desenvolvimento. Estas recomendações são sugeridas e discutidas com a equipa multidisciplinar e pais. Elas englobam 4 áreas principais:

- ambiente (luz, ruído, atividade ambiente);

- instalação e manuseamento do RN (posição natural em flexão, suporte postural, sucção,...);
- coordenação geral dos cuidados para preservar e respeitar os estádios do RN permitindo assim uma organização do sono, integração dos pais no cuidado do RN, explicando os sinais comportamentais incentivando-os a participar ativamente nos cuidados, tornando-os parceiros nos cuidados e não meros visitantes (Als, 2009).

Os cuidados ao RN de alto risco e o seu ambiente são adaptados de forma a salientar as fortalezas de cada RN, bem como a sua autorregulação, tendo sempre os pais presentes nos cuidados de forma a fortalecer a vinculação (Als, 2017).

Tal como refere a sua autora, “individualized developmental framework to early care is the improvement of long-term child and family outcome” (Als, 2009, pág. 138), ou seja, o modelo NIDCAP oferece um quadro de referência para cuidados individualizados, centrados no desenvolvimento, com o objetivo de proteger e promover os melhores resultados possíveis para o RN e a família, a longo prazo.

O resultado das observações e avaliações formais vão fornecer a base das metas que o RN irá atingir, e que, por sua vez, vão ajudar a criar oportunidades para apoio ao seu desenvolvimento tais como: a estruturação de um ambiente físico adequado na UCIN para RN/pais; organização dos cuidados face à necessidade individual do RN; o apoio fornecido à promoção da vinculação entre pais/RN de forma a fortalecer o desenvolvimento do mesmo; a utilização de uma equipa multidisciplinar variada de forma a intervir nas necessidades específicas de cada um (Als, 2015).

Segundo Als (2006), citado por Ferraz (2017), ela envolve 7 pressupostos: 1. estabilidade autonómica; 2. minimização do stresse e da dor; 3. proteção do sono; 4. amamentação bem sucedida; 5. experiência sensorial adequada; 6. proteção do desenvolvimento postural; 7. interação parental.

Alguns autores investigaram a perceção de neonatologistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem sobre o NIDCAP nas UCIN’s de nível III em Espanha. Aproximadamente todos os itens do questionário aplicado (referentes ao bem-estar do RN e ao papel dos pais) receberam uma avaliação positiva. Os resultados negativos obtidos pelo estudo referiam-se com o facto do NIDCAP exigir muito tempo e as condições de trabalho na UCIN (por exemplo a iluminação para o trabalho do enfermeiro) serem menos chamativas

do que nas práticas tradicionais. Os profissionais apresentam uma atitude positiva relativamente à implementação do NIDCAP, tendo os neonatologistas uma perceção significativamente mais positiva sobre o NIDCAP do que a equipa de enfermagem (Mosqueda *et al.*, 2013).

3.2 NEONURTURING

A prática clínica numa UCIN deve ser centrada no desenvolvimento do RN de alto risco, sendo importante ser fundamentada e orientada por um conjunto de premissas promotoras dos cuidados desenvolvimentais individualizados, praticados de uma forma consistente, onde haja uma colaboração entre a equipa multidisciplinar e família (Ferraz, Alves, Costa, Ferreira, & Almeida, 2017).

Sabe-se que crianças que nascem prematuras apresentam frequentemente problemas cognitivos e comportamentais tais como:

- Quociente intelectual inferior à média;
- Défice de aprendizagem;
- Défice de atenção;
- Hiperatividade;
- Atrasos e desvios da linguagem;
- Alterações no desenvolvimento neuromotor (Hockenberry & Wilson, 2014)

Numa fase inicial da vida, o crescimento e o desenvolvimento são aspetos muito críticos. Em RN prematuros o desenvolvimento do sistema nervoso central é realizado desde a conceção até ao nascer. A configuração dos neurónios é geneticamente predeterminada, mas o mapeamento e a organização dos circuitos neuronais dependem da estimulação endógena e exógena. Desta forma, quando ocorre um parto prematuro, o sistema nervoso irá ser formado sem a barreira protetora que a mãe confere. Todos os estímulos que são efetuados podem afetar positivamente e/ou negativamente o RN prematuro (Ferraz *et al.*, 2017).

Devido a isso, uma UCIN portuguesa, teve necessidade de criar um projeto que atendesse à melhoria dos cuidados desenvolvimentais centrados no neurodesenvolvimento do RN prematuro, designado como NeoNurturing. Essa UCIN tinha uma média de internamentos de RN's prematuros, no triénio 2013-2015, de 64,5% (Ferraz *et al.*, 2017).

Este projeto tem como objetivos o desenvolvimento e implementação de um programa de cuidados desenvolvimentais, bem como “promover o desenvolvimento infantil, através de intervenções de proteção e estimulação adequadas à idade gestacional e individualidade do RNP e de práticas facilitadoras de uma vinculação precoce e do sentido de competência parental” (Ferraz *et al.*, 2017, pág. 140).

O Projeto está inserido na área da Gestão do Cuidador do Plano Estratégico da Direção de Enfermagem, no âmbito do Programa Institucional de Enfermagem nos domínios sensorial, cognitivo e comportamental. Este também visa a melhoria do enquadramento disciplinar e sistematização do processo de melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Ferraz *et al.*, 2017).

Tem por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde de Criança e do Jovem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Enquadra-se nos enunciados da Prevenção de Complicações e Promoção de Saúde. Procura colaborar na identificação precoce dos problemas potenciais do RN prematuro, implementando com o rigor técnico científico de enfermagem intervenções que evitem ou minimizem efeitos nefastos (Ferraz *et al.*, 2017).

Pretende investir no potencial de saúde do RN prematuro, através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, bem como de formação de oportunidades geradoras de novas competências para o RN e família, salvaguardando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (Ferraz *et al.*, 2017).

Ferraz *et al.*, (2017) representaram graficamente o programa e desenharam um diagrama ilustrativo (Fig. 2).

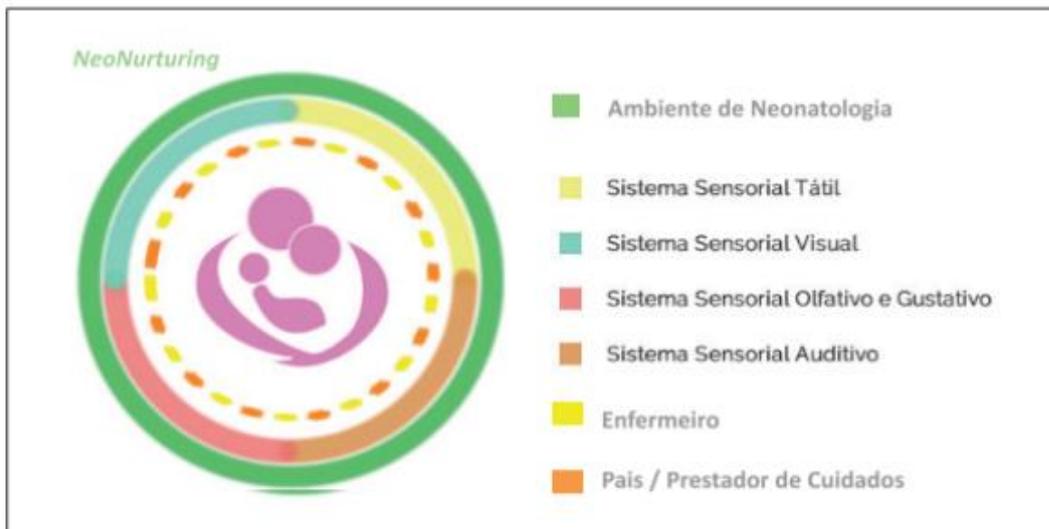


Figura 2 - Diagrama representativo do projeto NeoNurturing

(Ferraz *et al.*, 2017, pág. 141)

O anel verde externo representa a transição do RN prematuro para o ambiente de cuidados intensivos neonatais; o segundo anel, com diferentes cores e perfeitamente interligadas, representa a necessidade imediata de cuidados de proteção e estimulação sensorial do RN prematuro, organizado por sistemas sensoriais (tátil, visual, olfativo e gustativo, auditivo); o anel laranja e amarelo representa a importância da parceria de cuidados; centro do diagrama, com cor simbólica da prematuridade, tenta mostrar a relevância de centrar os cuidados na díade RN prematuro/família (Ferraz *et al.*, 2017).

Neste momento ainda não existe avaliação dos resultados da sistematização e implementação das práticas de acordo com o programa NeoNurturing. Mas Ferraz *et al.*, (2017), referem que o plano de investigação/ação de desenvolvimento e implementação do NeoNurturing obteve resultados positivos em relação à melhoria das intervenções dos cuidados desenvolvimentais, melhorando assim os cuidados prestados ao RN. Também referem, de uma análise documental efetuada no serviço entre 31 de março de 2015 a 31 de outubro de 2016, que houve um aumento da taxa de ganho de conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento infantil, bem como o aumento da frequência de realização do método canguru e a implementação da intervenção da estimulação perioral com leite materno.

Pode-se perceber que os cuidados centrados na família estão inerentes aos cuidados desenvolvimentais, e que os programas associados a estes mesmos cuidados poderão interferir na diminuição do stress parental, visto que, centram-se tanto na parentalidade

como no papel parental. Os enfermeiros vão ter um papel preponderante nestes dois focos, como já referido anteriormente.

PARTE II- INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 METODOLOGIA

O método científico é um processo sistemático, regido por procedimentos operacionais em que se fundamenta a investigação. Para Martins (2008), a investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que promove o conhecimento, as respostas a questões ou resolve problemas para prestar os melhores cuidados possíveis aos clientes, famílias e comunidades.

Considerando a natureza dos dados e o tipo de operações estatísticas realizadas, pode-se classificar esta investigação como quantitativa. Por sua vez, tendo em conta a natureza do estudo, para o qual foram determinadas questões e hipóteses, considera-se o estudo descritivo-comparativo (Fortin & Côté, 2006).

Neste capítulo, serão descritas as questões de partida, os objetivos e as hipóteses de investigação. Seguidamente, as variáveis em estudo, o processo de colheita de dados e o tratamento estatístico efetuado.

1.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Considerando que os cuidados desenvolvimentais se inserem numa filosofia de cuidados centrados na família e incluem por isso medidas dirigidas aos pais, será que a sistematização dos cuidados desenvolvimentais contribui para a redução do stresse parental associado à hospitalização do RN de alto risco?

Esta foi a interrogação que deu origem a este percurso investigativo.

Este estudo tem como objetivo, comparar Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN's) com e sem Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais (SCD), quanto ao stresse dos pais dos RN internados nas mesmas.

Especificamente:

- 1: Comparar o nível de stresse parental na ocorrência de alguns fatores relacionados com o ambiente das UCIN's, a aparência e comportamento do RN e o relacionamento com o RN e papel parental nas UCIN's com e sem SCD;
- 2: Comparar o nível global de stresse parental, nas UCIN's com e sem SCD;
- 3: Comparar a frequência de ocorrência dos fatores de stresse parental nas UCIN's com e sem SCD.

1.2 HIPÓTESES

Tendo em conta que os cuidados desenvolvimentais, como já foi descrito anteriormente, são cuidados individualizados e sistematizados prestados a cada RN e respetivos pais, de forma a promoverem um desenvolvimento neurológico favorável do RN, e que nas UCIN's são realizados cuidados desenvolvimentais, embora nem sempre de forma sistematizada, a hipótese principal desta investigação foi a seguinte:

- O nível de stresse parental é mais baixo nas UCIN's com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais, do que nas UCIN's que não apresentam Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais.

Esta hipótese, considerando as três métricas da escala PSS: NICU, utilizada para medir o stresse parental, foi desdobrada nas seguintes hipóteses secundárias:

- H1: O nível de stresse perante a ocorrência é mais baixo nas UCIN's com SCD, do que nas UCIN's que não apresentam SCD;
- H2: O nível global de stresse é mais baixo nas UCIN's com SCD, do que nas UCIN's que não apresentam SCD;
- H3: A frequência de experiências geradoras de stresse é mais baixa nas UCIN's com SCD, do que nas UCIN's que não apresentam SCD;

1.3 VARIÁVEIS

As variáveis deste estudo foram definidas pela questão de investigação descrita anteriormente, em função do quadro concetual e da operacionalização do estudo. Foram estabelecidas uma variável dependente e uma variável independente.

A variável dependente deste estudo, o stresse parental, foi avaliada através da escala PSS:NICU, preenchida pelos pais dos RN's internados nas UCIN's selecionadas para o estudo.

A Escala PSS:NICU mede o stresse vivenciado pelos pais quando o RN está hospitalizado nas UCIN's. Foi criada por Miles *et al.* em 1991, tendo sido modificada em 1993 pelos mesmos autores, sendo esta a versão da escala utilizada desde aí.

É constituída por 3 dimensões: Imagens e Sons, Aparência e Comportamento do RN, Relacionamento com o RN e Papel Parental, cada uma destas constituída por um número variável de itens em que os pais indicam o nível de stress vivenciados (1 – Nada stressante, a experiência não o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso; 2 – Um pouco

stressante; 3 – Moderadamente stressante; 4 – Muito stressante; 5 – Extremamente stressante; ou NA “Não Aplicável”).

Para efeitos de interpretação dos resultados, foram considerados os seguintes níveis de stresse, que foram os mesmos utilizados pelos autores da escala PSS:NICU:

- Nada stressante: <1,49
- Um pouco stressante: 1,5 a 2,49
- Moderadamente stressante: 2,5 a 3,49
- Muito stressante: 3,5 a 4,49
- Extremamente stressante: $\geq 4,5$

Santos (2014), num estudo que envolveu 86 participantes, realizou a tradução, adaptação cultural e validação preliminar da versão portuguesa da escala PSS:NICU. Como resultados apresentados refere boas qualidades psicométricas, revelando ser válida e confiável apresentando valores semelhantes ao estudo realizado pelos próprios autores que construíram a escala.

A escala é constituída por três métricas:

- **Métrica 1- Nível de stresse na ocorrência-** descreve o nível de stresse quando o mesmo ocorre. Desta forma, apenas os pais que relatam experiência de stresse nos itens das subdimensões recebem nota no item. Aqueles que não relatam experiência de stresse (N.A.) são considerados como omissos.
- **Métrica 2- Nível global de stresse-** descreve o nível global de stresse que é provocado pela UCIN. Os pais que relatam não ter tido experiência de stresse num dos itens (N.A.), recebem nota 1. Os valores das dimensões são calculados através da média das respostas dadas nos itens de cada dimensão e na escala total. O denominador para obter a média em cada dimensão é o número de itens nessa dimensão.
- **Métrica 3- Frequência das experiências-** é calculada pelas respostas afirmativas dadas pelos pais nos itens de cada dimensão. A soma desses valores permite indicar o número total de experiências consideradas na escala, pelas quais os pais passaram.

Miles *et al.*, (1993) sugerem que o nível de stresse na ocorrência deve ser utilizado quando o foco do estudo são os pais e o nível global de stresse quando o foco seja o ambiente das UCIN's.

A variável independente do estudo, de acordo com a questão de investigação, foi a sistematização dos cuidados desenvolvimentais (SCD). Considerou-se como UCIN's com SCD aquelas em que é realizado o programa NIDCAP ou outra forma de SCD como o projeto NeoNurturing. Da mesma forma, considerou-se como UCIN's sem SCD, aquelas em que, apesar de serem eventualmente realizados alguns cuidados desenvolvimentais, estes não se encontravam protocolados como um conjunto estruturado.

Foram ainda identificadas algumas variáveis sociodemográficas para caracterização dos participantes, e variáveis clínicas ligadas ao parto e ao RN.

- Sociodemográficas dos pais: Idade, sexo, nível de escolaridade e estado civil;
- Clínicas: tipo de parto, número de gestações anteriores, número de partos anteriores e experiência anterior de internamento do filho em UCIN; idade gestacional do RN, peso de nascimento, diagnóstico principal, dias de internamento na UCIN.

1.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Os dados foram obtidos através de um questionário constituído por duas partes (anexo nº1). A primeira continha a escala PSS: NICU e a segunda os dados sociodemográficos dos pais e clínicos do RN. Também estava no questionário o preenchimento do consentimento informado. Os questionários foram entregues pela investigadora ou pelos enfermeiros que ficaram como elo de ligação, e foram recolhidos pelos mesmos. O tempo de preenchimento do questionário era aproximadamente 10 min.

Os pais eram solicitados a colaborar no estudo quando se deslocavam à UCIN para estar com o RN, respeitando sempre a sua privacidade, tentando comunicar com eles em sítios reservados, como sala ou de reuniões ou sala de estar. Foi dada aos pais a opção de preencherem o questionário na UCIN, no ato de entrega, ou de levarem para casa e depois entregarem.

1.5 PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

De forma a poder utilizar a escala PSS: NICU no contexto da dissertação de mestrado, foi obtida a autorização da autora da tradução e adaptação cultural da escala Santos (2014).

Após a autorização fornecida, foi enviado o projeto de investigação à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, tendo este parecer favorável.

Seguidamente, foi feito um pedido formal de colaboração aos hospitais onde se pretendia desenvolver o estudo, bem como um contacto direto com os elos de ligação em cada hospital, para aplicação do questionário, após o parecer favorável pela Comissão de Ética e autorização do estudo pelo Conselho de Administração de cada hospital solicitado.

Cada questionário foi acompanhado por um consentimento informado (Apêndice nºII), sendo obrigatório o seu preenchimento antes da aplicação do mesmo. Foi garantida a confidencialidade, bem como o anonimato de todos os pais que participaram e não participaram no estudo.

1.6 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA ESTUDADA

A população alvo deste estudo foram os pai e/ou mãe de RN internados em UCIN's com e sem SCD.

Foram selecionadas para o efeito quatro UCIN's, de acordo com o critério de acessibilidade. Das duas unidades com SCD (codificadas como A e C), uma está certificada como unidade NIDCAP (Als, 2015) e outra tem implementado o projeto NeoNurturing baseado no modelo do Universo dos Cuidados Desenvolvimentais (Coughlin, 2014; Ferraz *et al.*, 2017). As duas unidades sem SCD foram codificadas como B e D.

O recrutamento dos sujeitos foi feito através de um processo de amostragem acidental, logo, não probabilística.

A colheita de dados foi realizada durante três meses no período de 1 de outubro de 2019 a 15 de janeiro de 2020. Foram incluídos todos os pais de RN, após as primeiras 24 horas de internamento até aos 21 dias de internamento, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros colaboradores ou da investigadora.

Foram excluídos pais que não falassem língua portuguesa, ou cujos RN se encontrassem com cuidados em fim de vida ou tivessem sido transferidos de UCIN's onde já tivessem participado no estudo.

Assim sendo, a amostra inicial foi de 71 pais e/ou mães com filhos internados nas UCIN's, em que 37 correspondiam ao grupo onde existe SCD e 34 correspondiam ao grupo onde não existe SCD. Foram excluídos 12 questionários devido a 10 participantes terem preenchido o mesmo após os 21 dias de internamento do RN e dois por não ter sido preenchida qualquer questão do questionário sociodemográfico e clínico. Assim sendo, a amostra final foi de 59 participantes, 30 de UCIN's sem SCD e 29 de UCIN's com SCD. A estes, correspondem, respetivamente, 31 e 32 RN's. Em alguns casos (n=13), cada elemento do casal preencheu um questionário.

1.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O software utilizado para a elaboração da base de dados e análise estatística foi o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.

Foi efetuado o teste Kolmogorov-Sminorv para estudar a normalidade da distribuição da amostra, visto que segundo, a literatura, é o teste que mais se adequa a esta investigação. Verificamos que o score é $>0,05$ correspondendo a uma distribuição normal, exceto na métrica 2, na dimensão de imagens e sons. Assim, optamos por realizar o test t de student para grupos independentes, dada a maior robustez dos testes paramétricos.

Utilizou-se a estatística descritiva (frequências absolutas e relativas de tendência central) para caracterização da amostra e análise das respostas da PSS:NICU. As hipóteses relativas à métrica 1 e 2 foram testadas através do test t de Student para amostras independentes. Na métrica 3, sendo a variável de natureza nominal optamos por aplicar um teste não paramétrico, o teste de qui-quadrado (Gonçalves & Gameiro, 2011, Fortin & Côté, 2006)

Durante a análise dos dados dos questionários foram verificados valores omissos nas variáveis da idade gestacional e da escolaridade. Devido a ter-se verificado uma distribuição normal destas variáveis, os valores foram substituídos pelo valor da média.

As hipóteses de investigação foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\rho = .05$). Este nível de significância permite afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se confirmem as hipóteses em estudo, a

existência de uma diferença entre grupos ou de uma relação entre variáveis, estatisticamente significativa na população alvo.

Por último, relativamente à pergunta aberta do questionário, foi efetuada a análise de conteúdo das respostas e foi descrito o que os pais consideram outras fontes geradoras de stress além do que está exposto no questionário.

2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo está dividido em quatro partes, onde se encontram a caracterização sociodemográfica dos pais e a caracterização clínica dos RN's; os resultados quanto aos níveis de stresse parental; a relação entre o stresse parental e a Sistematização dos Cuidados Desenvolvimentais (SCD) e, por fim, outras vivências dos pais durante o internamento do RN.

A distribuição da amostra de 59 pais pelas UCIN's de acordo com a sua categoria (com ou sem SCD) encontra-se na tabela 1.

Podemos verificar que as unidades A e C, UCIN's com SCD, contribuíram com 49,2% da amostra e as unidades B e D, UCIN's sem SCD, contribuíram com 50,8%.

Tabela 1 - Distribuição dos pais pelas UCIN's

UCIN C/ SCD			UCIN S/ SCD		
	Nº	%		Nº	%
A	8	13,6	B	13	22,0
C	21	35,6	D	17	28,8
Total	29	49,2	Total	30	50,8

C/ SCD- com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais; S/ SCD- com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais

2.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Como foi descrito anteriormente a amostra é constituída por 30 pais com filhos internados em UCIN's sem SCD (20 mães e 10 pais) e 29 pais (17 mães e 12 pais) com filhos internados em UCIN's com SCD.

Os testes efetuados para análise da diferença entre os dois grupos quanto às variáveis parentesco, idade, estado civil e habilitações literárias indicaram não haver diferença significativa entre os dois grupos, pelo que optamos pela descrição da amostra total.

A amostra total foi constituída por 37 mães e 22 pais. A idade dos participantes variou entre os 21 e os 48 anos de idade, sendo a média de idades de 33,75 anos, com valor modal de 35, com a mediana de 34 e com um desvio padrão de 6,25.

Relativamente ao estado civil dos participantes, 67,8% são casados ou vivem em união de facto, 27,1% são solteiros e 3% são divorciados/separados.

Quanto às habilitações literárias observamos que a percentagem mais elevada (50,8%) foi para o 12º ano. Seguidamente Bacharelato/Licenciatura, com 25,4% dos pais. Os dados ainda revelam, que existe um dos pais com o 6º ano (1,7%), 10 pais (16,9%) com o 9º ano e três (5,1%) pais com Mestrado/Doutoramento.

A tabela 2 apresenta os resultados da caracterização sociodemográfica dos pais. Pode-se verificar que tanto num grupo como no as mães foram as que preencheram maior número de questionários (58,6% c/ SCD e 66,7% s/ SCD). Que o estado civil tanto no grupo com SCD como no grupo sem SCD Casados/União de facto é o estado predominante.

Relativamente às habilitações literárias o maior número de pais apresenta o 12º ano de escolaridade ou superior, apresentado 79,3% no grupo com SCD e 83,3% no grupo sem SCD.

Em relação á idade, a faixa etária predominante, tanto num grupo como no outro, é entre os 30 e os 40 anos, representando 58,6% do grupo com SCD e 53,3% do grupo sem SCD.

Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica dos Pais

Variável	UCIN C/ SCD	UCIN S/ SCD	Testes Estatísticos
	(n=29)	(n=30)	
	N (%)	N (%)	
Parentesco			$\chi^2 = 0,41$
Mãe	17 (58,6)	20 (66,7)	$\rho = .52$
Pai	12 (41,4)	10 (33,3)	gl=1
Estado Civil			$\chi^2 = 0,86$
Casados/União de facto	18 (62,1)	22 (73,3)	$\rho = .36$
Solteiro (a)/ Divorciados/Separados	11 (37,9)	8 (26,7)	gl=1
Habilitações Literárias			$\chi^2 = 1,16$
<12º ano	6 (20,7)	5 (16,7)	$\rho = .69$
≥ 12ºano	23 (79,3)	25 (83,3)	gl=1
Idade			t= -0,51
[20-30[	7 (24,1)	9 (30,0)	$\rho = .61$
[30-40[	17 (58,6)	16 (53,3)	gl= 57
[40-50[	5 (17,2)	5 (16,7)	Diferença de média= -0,84
			Erro padrão da diferença= 1,64

C/ SCD- com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais; S/ SCD- com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais

Na tabela 3, está descrita a caracterização clínica dos RN's por grupos. Os testes efetuados para análise da diferença entre os dois grupos quanto às variáveis idade gestacional, peso à nascença, tipo de parto, número de gravidezes anteriores, número de filhos e se os pais tiveram gémeos indicam não haver diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, pelo que iniciamos com uma descrição da amostra total, seguida da análise por grupos.

Relativamente à caracterização clínica dos RN's, a idade gestacional variou entre 26 e 41 semanas, com média de 34,24 semanas, o desvio padrão de 3,62, mediana de 34 semanas e com o valor modal de 33 semanas. Note-se que, na tabela 3, tanto no grupo com SCD e como no grupo sem SCD a maior percentagem dos casos situa-se na prematuridade moderada ou tardia (58,0% no grupo com SCD e 56,3% no grupo sem SCD). Seguidamente, em ambos os grupos, encontram-se os RN's de termo, os RN's grandes prematuros e por fim RN's com prematuridade extrema.

No que diz respeito ao peso à nascença dos bebés, a média foi de 2318g, variando entre os 1060g e os 4050g, sendo que a maior percentagem (53,9%) se encontra na categoria de "Baixo Peso", isto é, entre os 1500 e os 2500g. Não são referidos casos de RN's de "Extremo Baixo Peso", ou seja, RN's com peso inferior a 1000g. Podemos também verificar que 69,8% dos casos têm baixo peso (>2500g). Segundo a tabela 3, pode-se verificar que tanto no grupo como no outro, o peso à nascença dos RN's, apresenta maior percentagem, entre os valores de 1500g e os 2500g (51,6% c/ SCD e 53,1% s/ SCD).

Em 34,9% dos casos os RN's nasceram por cesariana, em 47,6% por parto eutócico, em 15,9% com ventosa e por fim, 1,6% com fórceps. Pode verificar-se que em ambos os grupos (tabela 3) o parto eutócico foi o que obteve maior percentagem (51,6% c/ SCD e 43,8% s/ SCD). Verificou-se também que 22,2% dos RN's internados correspondem a gémeos, isto é, no grupo com SCD à uma representatividade de gémeos de 25,8% e no grupo sem SCD de 18,8%.

Verificou-se também que 62,7% dos RN internados são fruto de uma primeira gestação, correspondendo ao grupo com SCD 51,7% e 73,3% no grupo sem SCD; e que em 67,8% das situações são fruto do primeiro parto, correspondendo a 58,6 % no grupo com SCD e 76,7% no grupo sem SCD.

Durante a análise dos questionários pudemos verificar que 16,9% dos pais foram pais de gémeos e que 8,5% já tinham tido outros filhos internados em UCIN's.

Relativamente à comparação entre os grupos pode verificar-se que a única diferença encontra-se no número de partos: no grupo sem SCD existem mais mães e pais de primeiro filho.

Tabela 3- Caracterização Clínica dos RN's

Variável	C/ SCD	S/ SCD	Teste Estatístico
	n=31	n=32	
	n (%)	n(%)	
Idade Gestacional (semanas)			t=0,78
<28s	2 (6,5)	1 (3,1)	$\rho=.43$
[28-32[	2 (6,5)	5 (15,6)	gl=61
[32-37[	18 (58,0)	18 (56,3)	Diferença de média= 0,72
≥ 37	9 (29,0)	8 (25,0)	Erro padrão da diferença=0,91
Peso à Nascimento (g)			t= 0,06
[1000-1500g[	6 (19,4)	4 (12,5)	$\rho= .96$
[1500-2500g[	16 (51,6)	17 (53,1)	gl=61
$\geq 2500g$	9 (29,0)	11 (34,4)	Diferença de média= 11,32
			Erro padrão da diferença= 203,93
Tipo de Parto			
Eutócico	16 (51,6)	14 (43,8)	$\chi^2= 0,39$
Cesariana	13 (41,9)	9 (28,1)	$\rho= .53$
Ventosa	2 (6,5)	8 (25,0)	gl=1
Fórcepes	-	1 (3,1)	
Gestação			$\chi^2= 3,72$
Primeira	15 (51,7)	22 (73,3)	$\rho= .05$
\geq Segunda	14 (48,3)	8 (26,7)	gl=1
Filhos			$\chi^2= 2,92$
Primeiro	17 (58,6)	23 (76,7)	$\rho= .08$
\geq Segundo	12 (41,4)	7 (23,3)	gl=1
Gemelar			$\chi^2= 0,45$
Sim	8 (25,8)	6 (18,8)	$\rho= .50$
Não	23 (74,2)	26 (81,2)	gl=1

C/ SCD- com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais; S/ SCD- com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais

O motivo de internamento que os pais indicaram foi a prematuridade (58,7%), seguido da icterícia (11,1%). Também fazem referência a doenças pulmonares (7,9%) e doença cardíaca (6,3%), como está referido na figura 3.

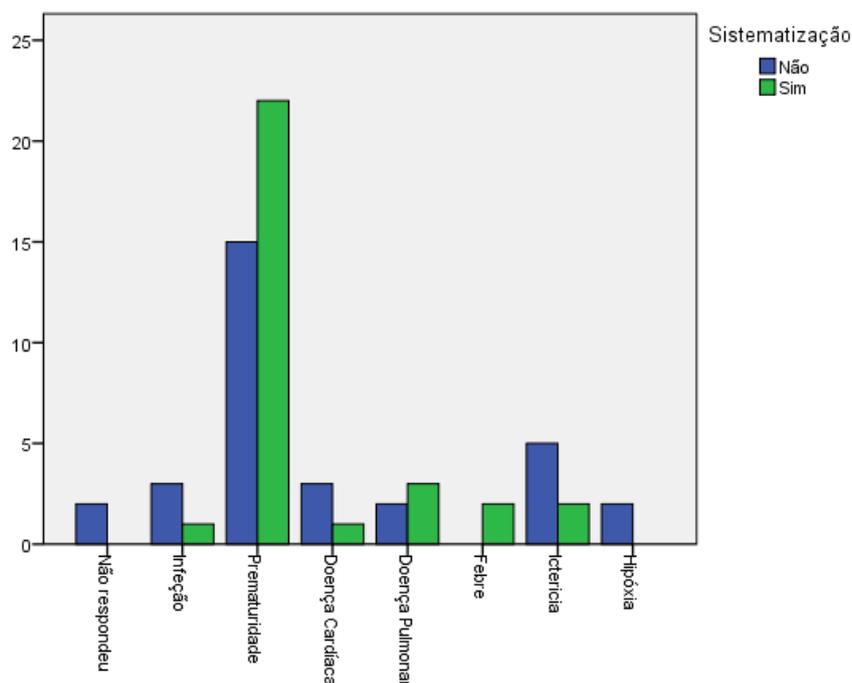


Figura 3- Distribuição do motivo de internamento, por grupos

Quanto aos dias de internamento na UCIN, observou-se uma média de 7,29 dias com desvio padrão de 4,95 dias e uma mediana de 6 dias.

2.2 STRESSE PARENTAL

Apresentar-se-ão os resultados da escala PSS:NICU segundo cada métrica e por grupo. Como foi descrito anteriormente, a métrica 1 corresponde ao nível de stresse perante a ocorrência de determinado fator. Se o fator não ocorreu, os pais responderam *Não Aplicável (NA)* e a resposta foi considerada omissa. Visto que não são contabilizadas as respostas dos pais neste caso, o número dos participantes, em cada dimensão da escala, nesta métrica, pode variar. As respostas dos pais a cada item variam de 1 a 5 sendo calculada a média, para cada dimensão. Os valores estão apresentados na Tabela 4.

O valor total da escala, correspondente à média de todos os itens da escala PSS:NICU, que foi de 2,88, encontrando-se no *moderadamente stressante*, e a mediana foi de 3,04.

Quanto aos valores obtidos nas diferentes dimensões, a média mais alta registou-se na dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental (3,54). A seguir Aparência e Comportamento do RN (2,86) e, por fim, Imagens e Sons (2,08). No grupo com SCD a média foi 2,95, o desvio padrão 0,84 com a mediana 3,04. Neste grupo, a dimensão onde os pais apresentam mais stresse, é no Relacionamento com o RN e Papel Parental

(\bar{X} =3,74) que corresponde a *muito stressante*, seguido pela Aparência e Comportamento do RN, pontuada como *moderadamente stressante* e, por fim, a dimensão Imagens e Sons, considerada *um pouco stressante*. Da mesma forma que no grupo com SCD, o grupo sem SCD apresenta resultados semelhantes nas mesmas dimensões.

Tabela 4- Nível de Stresse na Ocorrência - Métrica 1

Medidas Estatísticas	Imagens e Sons	
	C/ SCD N=27	S/ SCD N=30
\bar{X}	2,05	2,10
DP	0,72	0,91
Md	2,20	1,80
Min-Max	1,00-3,00	1,00-4,40
	Aparência e Comportamento do RN	
	C/ SCD N=29	S/ SCD N=30
\bar{X}	2,87	2,85
DP	0,97	1,20
Md	2,90	3,00
Min-Max	1,00-4,50	1,00-4,88
	Relacionamento com o RN e Papel Parental	
	C/ SCD N=27	S/ SCD N=29
\bar{X}	3,74	3,35
DP	1,09	1,15
Md	3,86	3,67
Min-Max	1,43-5,00	1,00-5,00
	Total PSS:NICU	
	C/ SCD N=29	S/ SCD N=30
\bar{X}	2,95	2,80
DP	0,84	1,04
Md	3,04	3,04
Min-Max	1,19-4,28	1,00-4,52

C/ SCD- Com Sistematização de Cuidados Desenvolventais; S/ SCD- Sem Sistematização de Cuidados Desenvolventais

Relativamente à métrica 2, esta corresponde ao nível global de stresse relacionado com o ambiente da UCIN. Tal como foi descrito anteriormente, nesta métrica não se encontram valores omissos pois à resposta *Não aplicável (NA)* é atribuída a pontuação 1. Assim sendo, na Tabela 5, estão descritos os resultados que obtivemos nesta métrica.

O nível global de stresse variou entre 1 (*não de aplica ou nada stressante, a experiência não o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso*) e 4,19 (*muito stressante*). No conjunto, os pais apresentam uma média de 2,5 e mediana de 2,54, que se situam ente *um pouco stressante*. A média mais alta das três dimensões registou-se, como na métrica 1, na dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental ($\bar{X}=3,14$). A seguir Aparência e Comportamento do RN, com média 2,35 e por fim Imagens e Sons ($\bar{X}=2,00$).

Relativamente aos valores máximos das dimensões o valor máximo mais elevado foi na Relacionamento com o RN e Papel Parental (5,0), e o mais baixo na dimensão Imagens e Sons (4,40). Nas médias dos valores máximos pôde verificar-se que o valor mais baixo foi na dimensão Aparência e Comportamento do RN (4,36). Isto quer dizer que, globalmente, os pais consideraram as Imagens e Sons mais stressantes do que a Aparência e Comportamento do RN.

Ao contrário do que aconteceu na métrica 1, na métrica 2, os valores da média foram ligeiramente mais elevados no grupo sem SCD, em comparação com o grupo com SCD, tanto no total da escala (2,48 vs 2,51) como na dimensão Aparência e Comportamento do RN (2,28 vs 2,42), e na dimensão Imagens e Sons (1,96 vs 2,04), correspondendo a *um pouco stressante*. A exceção foi a dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental em que a média no grupo com SCD foi mais elevada (3,27 vs 3,01).

A dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental, apresentou a média mais elevada em ambos os grupos, ou seja, os pais consideraram que o nível global de stresse na UCIN, nesta dimensão foi *moderadamente stressante*. Seguidamente encontram-se a Aparência e Comportamento e Imagens e Sons que consideram *um pouco stressante*.

No desvio padrão, encontrou-se alguma diferença entre os dois grupos. No grupo com SCD verificou-se que os valores foram, em geral, mais baixos, à exceção do Relacionamento com o RN e Papel Parental, indicando uma menor dispersão dos valores.

Tabela 5- Nível Global de Stresse - Métrica 2

Medidas Estatísticas	Imagens e Sons	
	C/ SCD	S/ SCD
	N=29	N=30
\bar{X}	1,96	2,04
DP	0,74	0,88
Md	2,00	1,80
Min-Max	1,00-3,00	1,00-4,40
Aparência e Comportamento do RN		
	C/ SCD	S/ SCD
	N=29	N=30
\bar{X}	2,28	2,42
DP	0,82	1,06
Md	2,36	2,36
Min-Max	1,00-4,21	1,00-4,36
Relacionamento com o RN e Papel Parental		
	C/ SCD	S/ SCD
	N=29	N=30
\bar{X}	3,27	3,01
DP	1,23	1,21
Md	3,27	3,29
Min-Max	1,00-5,00	1,00-4,86
Total PSS:NICU		
	C/ SCD	S/ SCD
	N=29	N=30
\bar{X}	2,48	2,51
DP	0,76	0,98
Md	2,54	2,58
Min-Max	1,08-4,15	1-4,19

C/ SCD- Com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais; S/ SCD- Sem Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais

A métrica 3, como já foi descrito anteriormente, representa a frequência das experiências de stresse vivenciadas pelos pais. É calculada pelas respostas afirmativas dadas pelos pais nos itens de cada dimensão em que a soma desses valores permite indicar o número total de experiências descritas, na escala pelas quais os pais passaram. Na tabela 6 está representado o número (e percentagem) de pais que experienciaram stress em cada dimensão.

Todos os pais apresentaram stresse pelo menos em um item em situações durante o internamento do seu filho na UCIN. Já 79,7% dos pais referem ter tido experiência de stress na dimensão Imagens e Sons, 94,9% na dimensão Aparência e Comportamento do RN, e 93,2% na dimensão Relacionamento e Papel Parental.

Ao contrário das outras métricas, a métrica 3 apresenta maior frequência de stresse na dimensão Aparência e Comportamento do RN, seguidamente na dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental e, por fim, na dimensão Imagens e Sons.

No grupo com e sem SCD observamos que a percentagem dos pais em cada dimensão não tem discrepância, sendo até na dimensão Aparência e Comportamento do RN é igual.

Tabela 6- Distribuição de pais que manifestaram stresse por dimensão e por tipo de UCIN's- Frequência de Stresse - Métrica 3

Dimensão	C/ SCD	S/ SCD	TOTAL
	(n=29)	(n=30)	(n=59)
	N (%)	N (%)	N (%)
Imagens e Sons	22 (75,86)	25 (83,33)	47 (79,7)
Aparência e Comportamento do RN	28 (96,55)	28 (93,33)	56 (94,9)
Relacionamento com o RN e Papel Parental	27 (93,10)	28 (93,33)	55 (93,2)

C/ SCD- Com Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais; S/ SCD- Sem Sistematização de Cuidados Desenvolvimentais

Dado que informação da métrica 3 complementa a métrica 2 e nos permite identificar os itens/fatores que mais frequentemente provocam stresse nos pais, optou-se por apresentar os dados que estão descritos na tabela 7.

Pode-se verificar que o número total de pais que experienciaram stresse no item 1 *Estar separado do meu bebé* da dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental, independentemente do tipo de UCIN, foi de 53, representando o número mais elevado de respostas.

Por sua vez, na dimensão Imagens e Sons no item 5 *O grande número de pessoas que trabalham na unidade*, e na dimensão Aparência e Comportamento do RN no item 7 *Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebé*, o número de pais que experienciaram stresse foi o mais baixo, com 13 respostas positivas cada.

Entre os grupos com e sem SCD não existe grande discrepância no número de pais que experienciaram stresse em cada item sendo onde os pais referem apresentar maior percentagem de stresse é no item 1 *Estar separado do meu bebé* da dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental (s/ SCD com 45,7% vs 44,1% c/ SCD).

Tabela 7- Número de pais que experienciaram stresse por item

Dimensão/Item	Total N (%)	C/ SCD N(%)	S/SCD N (%)
Imagens e Sons			
<i>1. A presença de monitores e equipamentos</i>	35 (59,3)	16 (27,1)	19 (32,2)
<i>2. Os ruídos constantes de monitores e equipamentos</i>	40 (67,8)	19 (32,2)	21 (35,6)
<i>3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores</i>	44 (74,6)	21 (35,6)	23 (39,0)
<i>4. Os outros bebés doentes na sala</i>	27 (45,8)	15 (25,4)	12 (20,4)
<i>5. O grande número de pessoas que trabalha na unidade</i>	13 (22,0)	7 (11,8)	6 (10,2)
Aparência e Comportamento do RN			
<i>1. Tubos e equipamentos no meu bebé ou perto dele</i>	45 (76,3)	25 (42,4)	20 (33,9)
<i>2. Nódos negros. Cortes ou incisões no meu bebé</i>	29 (49,2)	13 (22,1)	16 (27,1)
<i>3. A cor incomum do meu bebé (por exemplo, parecer pálido ou amarelo ictérico)</i>	33 (55,9)	16 (27,1)	17 (28,8)
<i>4. Padrões de respiração incomuns ou anormais do meu bebé</i>	38 (64,4)	18 (30,5)	20 (33,9)
<i>5. O tamanho pequeno do meu bebé</i>	34 (57,6)	18 (30,5)	16 (27,1)
<i>6. A aparência enrugada do meu bebé</i>	19 (32,2)	9 (15,3)	10 (16,9)
<i>7. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebé</i>	13 (22,0)	4 (6,8)	9 (15,2)
<i>8. Ver agulhas e tubos colocado no meu bebé</i>	43 (72,9)	23 (39,0)	20 (33,9)
<i>9. O meu bebé ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo</i>	37 (62,7)	20 (33,9)	17 (28,8)
<i>10. Quando o meu bebé parecia estar com dor</i>	42 (71,2)	20 (33,9)	22 (37,3)
<i>11. Quando o meu bebé parecia triste</i>	35 (59,3)	18 (30,5)	17 (28,8)
<i>12. A aparência mole e fraca do meu bebé</i>	33 (55,9)	18 (30,5)	15 (25,4)
<i>13. Movimentos bruscos ou agitação do meu bebé</i>	36 (61,0)	18 (30,5)	18 (30,5)
<i>14. O meu bebé não se capaz de chorar como os outros bebés</i>	18 (30,5)	9 (15,3)	9 (15,3)

Relacionamento com o RN e seu Papel Parental			
<i>1. Estar separado do meu bebê</i>	53 (89,8)	26 (44,1)	27 (45,7)
<i>2. Não alimentar, eu próprio, o meu bebê</i>	42 (71,2)	22 (37,3)	20 (33,9)
<i>3. Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebê (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho)</i>	32 (54,2)	17 (28,8)	15 (25,4)
<i>4. Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebê quando quero</i>	39 (66,1)	19 (32,2)	20 (33,9)
<i>5. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebê das dores e procedimentos dolorosos</i>	45 (76,3)	23 (39,0)	22 (37,3)
<i>6. Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebê durante este tempo</i>	48 (81,4)	24 (40,7)	24 (40,7)
<i>7. Não ter tempo a sós com o meu bebê</i>	42 (71,2)	24 (40,7)	18 (30,5)

C/ SCD- Com Sistematização de Cuidados Desenvolventais; S/ SCD- Sem Sistematização de Cuidados Desenvolventais

2.3 STRESSE PARENTAL E SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DESENVOLVIMENTAIS

Importa aqui recordar que a hipótese principal deste estudo era que o stresse parental é menor nas UCIN's com Sistematização de Cuidados Desenvolventais de que nas UCIN's sem Sistematização de Cuidados Desenvolventais, sendo esta hipótese desdobrada em três hipóteses secundárias, correspondentes às três métricas da Escala PSS:NICU, para efeitos de testes estatísticos.

Assim, de seguida, apresentam-se os resultados dos testes de hipótese para cada métrica, por dimensões e para o total da escala. Nos apêndices III, IV e V encontram-se os resultados dos testes realizados para cada métrica, por item da escala.

- H1: O nível de stresse perante a ocorrência é mais baixo nas UCIN's com SCD do que nas UCIN's sem SCD.

A fim de comparar o nível de stresse na ocorrência dos fatores, optou-se por utilizar o teste t de Student para amostras independentes (Tabela 8).

Podemos verificar que o valor da significância do teste é superior a 0,05, pelo que não podemos afirmar a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, na métrica 1, em nenhuma das dimensões, nem no total da escala, desta forma rejeitamos a hipótese H1

Tabela 8- Teste de hipóteses por dimensão e total da Escala PSS:NICU para a Métrica 1- Nível de stresse na ocorrência

Dimensão	Diferença de médias	Erro padrão da diferença	T	Gl	ρ
Imagens e Sons	0,05	0,22	0,24	55	,81
Aparência e Comportamento do RN	-0,02	0,28	-0,08	55,23	,94
Relacionamento com o RN e seu Papel Parental	-0,39	0,30	-1,31	54	,20
Total da Escala	-0,15	0,25	-0,63	57	,53

Na análise das diferenças estatísticas por item (Apêndice III), podemos observar na métrica 1 que existe um item em que a diferença é significativa, sendo ele:

- item 1 da dimensão do Relacionamento com o RN e Papel Parental *Estar separado do meu bebê*: Encontra-se diferença estatisticamente significativa $t(55) = -1,78$ $\rho = .04$ no nível de stresse na ocorrência, entre os 26 pais que se encontravam no grupo com SCD ($\bar{X}=4,50$; $sd=0,58$) e os 29 pais do grupo sem SCD ($\bar{X}=4,03$; $sd=1,27$).

A fim de comparar o nível global de stresse relacionado com o ambiente da UCIN optou-se, como na métrica 1, por utilizar, para a métrica 2, o teste t de Student para amostras independentes (tabela 9).

- H2: O nível global de stresse é mais baixo nas UCIN's com SCD, do que nas UCIN's sem SCD.

Podemos verificar que o valor da significância do teste é superior a 0,05, pelo que não podemos afirmar que se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, na métrica 2, em nenhuma das dimensões, nem no total da escala, desta forma rejeitando a H2.

Tabela 9- Teste de hipóteses por dimensão e total da Escala PSS:NICU para a Métrica 2- Nível Global de Stresse

Dimensão	Diferença de médias	Erro padrão da diferença	t	gl	ρ
Imagens e Sons	0,08	0,21	0,40	57	,69
Aparência e Comportamento do RN	0,14	0,25	0,56	54,43	,58
Relacionamento com o RN e seu Papel Parental	-0,26	0,32	-0,82	57	,41
Total da Escala	0,02	0,23	0,09	57	,93

Na análise das diferenças por item (Apêndice IV), podemos observar, como na métrica 1, que a métrica 2, também apresenta itens onde existe diferença significativa. Eles são:

- item 4 da dimensão *Imagens e Sons Os outros bebês doentes na sala*: Encontra-se diferença estatisticamente significativa $t(59) = -1,75$ $\rho = .04$ no nível global de stresse, entre os 29 pais que se encontravam no grupo com SCD ($\bar{X}=1,53$; $sd=0,73$) e os 30 pais do grupo sem SCD ($\bar{X}=1,93$; $sd=1$);
- item 7 da dimensão do *Relacionamento com o RN e Papel Parental não ter tempo a sós com o meu bebé*: Encontra-se diferença estatisticamente significativa $t(59) = -1,77$ $\rho = .04$. no nível global de stresse, entre os 29 pais que se encontravam no grupo com SCD ($\bar{X}=3,17$; $sd=1,47$) e os 30 pais do grupo sem SCD ($\bar{X}=2,50$; $sd=1,46$).

A fim de comparar a frequência de experiências geradoras de stresse nos pais relacionadas com o ambiente da UCIN optou-se por utilizar o teste qui-quadrado visto que é uma variável nominal, como já foi referido anteriormente (Tabela 10).

- H3: A frequência de experiências geradoras de stresse é mais baixa nas UCIN's com SDC, do que nas UCIN's sem SCD.

Podemos verificar que o valor da significância em todas as dimensões e na totalidade da escala é superior 0,05, pelo que, considera-se não haver associação estatisticamente significativa entre a frequência de experiência de stresse e o tipo de UCIN, desta forma rejeitamos a H3.

Tabela 10- Teste de hipóteses por dimensão e total da Escala PSS:NICU da Métrica 3- Frequência das Experiências

Dimensão	C/ SCD	S/ SCD	χ^2	Gf	ρ
Imagens e Sons	29	30	0,508	1	.476
Sim	22	25			
Não	7	5			
Aparência e Comportamento do RN	29	30	0,001	1	.972
Sim	27	28			
Não	2	2			
Relacionamento com RN e Papel Parental	29	30	0,05	1	.824
Sim	27	28			
Não	2	2			
Total da Escala	29	30	0,983	1	.321
Sim	29	29			
Não	0	1			

Na análise das diferenças estatísticas por item (Apêndice V), podemos observar como nas outras métricas, que esta também apresenta, um item onde existe diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Ele é:

- item 7 da dimensão do Relacionamento do RN e Papel Parental *não ter tempo a sós com o meu bebé* ($\chi^2 (1) = 3,724, p = .03$)

2.4 OUTRAS VIVÊNCIAS DOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO DO RN DE ALTO RISCO NA UCIN

No fim do questionário do PSS:NICU encontrava-se uma pergunta aberta, de resposta facultativa, em que os pais podiam descrever outras vivências geradoras de stresse durante o internamento do RN.

A questão era: *Sinta-se à vontade para escrever sobre outras situações que achou stressantes durante o tempo em que o seu bebé esteve na unidade de cuidados intensivos neonatais.*

Na análise de conteúdo das respostas à questão, emergiram os seguintes temas: a espera pelo primeiro contacto; a transmissão de informações sobre o estado de saúde do RN; a relação com os enfermeiros; a gestão de horários; os cuidados de Enfermagem; o estado físico e emocional das mães vs acompanhamento do RN; as condições físicas da UCIN; as dificuldades de alimentação do RN; e vivências positivas.

A espera pelo primeiro contacto

Foi descrito como stressante:

- A “mãe não poder ver a filha durante alguns dias após o parto” (P.06);
- “...ver o meu filho apenas no dia seguinte ao parto...” (P.21);
- “até o dia de hoje sinto que o dia do parto foi o dia mais stressante” (P.48).

A transmissão de informações sobre o estado de saúde do RN

Os pais referiram muitas vezes “desorganização nas informações” (P.30), pois não era transmitida na totalidade, ou era transmitida pelos outros pais, e não pela equipa de saúde.

“Embora no início não se possa identificar a causa da doença ou como consertá-la poderia haver uma maior assistência de informação aos pais” (P.26).

Também foi referido que havia “pouca informação e pouco esclarecimento” (P.33) e que os enfermeiros podiam transmitir mais informação do que aquela que transmitem.

A relação com os enfermeiros

Alguns pais mencionam “um pouco de falta de tato para com os pais, de um ou outro enfermeiro/a” (P.13)

Também referiram que lhes provocava stresse quando os cuidados que eles queriam prestar ao filho eram diferentes dos que a equipa multidisciplinar tinha estipulado:

“Choque entre o que eu julgo ser melhor para a minha bebé e o que a equipa julga ser melhor” (P.11), “seguindo normalmente os parâmetros médicos, mas deveria ser dada atenção ao que os pais dizem” (P.42).

A gestão de horários

Alguns pais referenciaram que terem horários estipulados também era causa de stresse, principalmente quando tinham mais de que um filho internado na UCIN:

“achei stressante a rotina e sentir-me pressionada para cumprir os horários estabelecidos pelo serviço, especialmente com dois bebés” (P.29).

A demora no resultado dos exames também foi muito identificada pelos pais.

Os cuidados de enfermagem

Alguns procedimentos efetuados aos RN's, tais como a aspiração de secreções na nasofaringe, provocam stresse nos pais, bem como procedimentos que foram observados noutros RN's internados na UCIN “uma das bebés teve de ser ventilada e colocado um de dreno abdominal” (P.47).

Uma mãe referiu como vivência stressante a morte de outros RN's internados no serviço e o pensamento de isto poder acontecer com o seu filho.

Os pais também fizeram referência à forma como os cuidados eram prestados pelos enfermeiros. Eles notaram “diferença entre cuidados dos enfermeiros/perfis diferentes” (P.11), “cuidados diferenciados de alguns profissionais” (P.13)

O estado físico e emocional das mães

Muitas mães aludiram que o seu estado físico e emocional bem como o estado do RN interferem no stresse parental. Uma mãe referiu estar em choque porque não sabia como ia encontrar o filho, que ao vê-lo envolto de tantos fios fê-la sentir incapacitada.

Dores e a recuperação da mãe durante o internamento do filho também são situações que provocaram tensão e stresse nas mães:

“Aguentar as dores na primeira semana após cesariana também me fez sentir muito tensa e triste. É muito difícil a mãe recuperar ao mesmo tempo que quer estar presente com o seu bebé” (P.29).

As condições físicas da UCIN

Algumas mães referem que as condições da UCIN, bem como as condições onde são os dormitórios, nem sempre são as melhores e causam stresse,

“passamos por um túnel escuro quando vamos para a zona de descanso, onde não passa ninguém, onde é bastante frio e é desconfortável” (P.27)

Um pai também referiu não haver um local mais privativo para estar com o RN referindo-o como o evento que lhe provocava stresse.

As dificuldades de alimentação do RN

A amamentação é um fator que também provoca stresse parental, podendo estar associado, ao estado clínico do RN bem como da mãe:

“o bebé não comia e devido à situação que se encontra não poder ser amamentado pela mãe” (P.44), “o querer amamentar e ele não fazer uma boa pega à mama” (P.46)

Vivências positivas

Mesmo nestes momentos de stresse os pais apresentam confiança nos profissionais de saúde que estão diretamente ligados aos cuidados ao RN:

“tenho plena confiança na equipa da UCIN e agradeço, pois, ao longo destes dias esta equipa tem-me ajudado a ser eu própria a tratar do meu filho” (P.21).

Uma mãe referiu não ter tido situações stressantes visto que sabia que estava perante uma equipa bastante profissional e capaz de fazer o melhor pelo seu filho. Um pai que respondeu ao questionário referiu que a UCIN estava bem equipada e bem estruturada, que os profissionais de saúde eram qualificados e sabiam o que faziam, sentindo segurança nos cuidados que eram prestados ao seu filho. Outro participante referiu “a equipa é muito “equipa” e inspira muita tranquilidade e confiança...uma equipa

competente, dedicada que trabalha com muito, muito amor e isso reflete-se em cada gesto” (P.48). Também referiram serem importantes para eles as muitas aprendizagens que lhes são transmitidas.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados está dividida em quatro secções, onde serão discutidas a caracterização sociodemográfica dos pais e a caracterização clínica dos RN's; o stresse parental; a relação entre o stresse parental e a Sistematização dos Cuidados Desenvolvimentais (SCD) e, por fim, outras vivências dos pais durante o internamento do RN.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DOS PAIS E CLÍNICA DO RN

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos pais podemos verificar que o número de pais que responderam ao questionário era equivalente tanto no grupo com SCD como no grupo sem SCD, não existindo diferença significativa entre grupos quanto à média da idade dos pais, parentesco, estado civil e grau académico.

Relativamente à caracterização clínica do RN, podemos verificar que entre grupos também não existe diferença significativa entre as médias de idade gestacional e peso à nascença, bem como relativamente ao tipo de parto, ao número de gravidezes anteriores, ao número de partos anteriores, à incidência de gemelaridade e ao motivo de internamento.

Sabe-se que o grande universo dos RN's de alto risco é constituído maioritariamente por RN's que nascem prematuros (Hockenberry & Wilson, 2014). Podemos também observar que neste estudo, tanto num grupo como noutro, os RN's prematuros correspondem a 35% dos RN's do grupo com SCD e a 38% no grupo sem SCD.

Miles *et al.* em 1993, quando realizaram o estudo de validação da escala PSS:NICU, incluíram todos os pais de RN's prematuros e RN's doentes admitidos em UCIN's. Já Franck *et al.* em 2004, também de forma a perceberem se a escala PSS:NICU era válida, incluíram todos os pais de RN's internados na UCIN. Também Santos em 2014, quando realizou a tradução e validação da escala PSS:NICU, incluiu todos os pais de RN's internados nas UCIN's em estudo. Desta forma, foi pertinente incluir, no nosso estudo, todos os pais de RN's que estiveram internados nas UCIN's em estudo.

3.2 STRESSE PARENTAL

Segundo a literatura existente, sabe-se que stresse parental é uma reação psicológica adversa que existe sob as exigências da parentalidade podendo os pais apresentar sentimentos negativos (Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 1998), tais como, negação, choque, frustração, culpa, entre outros.

Na métrica 1, que avalia o nível de stresse na ocorrência, podemos verificar que, na totalidade da escala a dimensão com maior *score* foi a dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental ($\bar{X}=3,54$), encontrando-se no *muito stressante*, seguindo-se, a dimensão Aparência e Comportamento do RN, encontrando-se no *moderadamente stressante*, e por fim a dimensão Imagens e Sons *um pouco stressante*.

Segundo a literatura existente, o valor da média que obtivemos na dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental corrobora os estudos existentes. No estudo de desenvolvimento da escala PSS:NICU (Miles *et al.*, 1993) no de Kegler *et al.*, (2019), assim como no de Souza *et al.*, (2012) e Santos (2014) que traduziram, adaptaram e validaram a escala para os respetivos países esta dimensão obteve a valor mais elevado correspondendo a *muito stressante*. Valores próximos, mas inferiores, similares foram apresentados por Franck *et al.*, em 2005 encontrando-se no *moderadamente stressante*.

Verificou-se também que, a seguir à dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental, a dimensão Aparência e Comportamento do RN é a dimensão que tem scores mais elevados (*moderadamente stressante*). Miles *et al.* (1993), Franck *et al.*, (2015), Souza *et al.*, (2012) e Santos (2014) e Kegler *et al.*, (2019) obtiveram valores similares ao nosso estudo.

Por fim, temos a dimensão Imagens e Sons que apresenta os valores mais baixos da métrica 1. O valor obtido no estudo situa-se no *pouco stressante*. A literatura apresenta valores aproximadamente similares, rondando médias que se situam no *pouco stressante* (Kegler *et al.*, 2019; Franck *et al.*, 2005; Souza *et al.* 2012) e *moderadamente stressante* (Miles *et al.*, 1993; Santos, 2014;).

Os resultados da métrica 2 indicam o nível global de stresse que é provocado pela UCIN. De uma forma geral, de acordo com os resultado que obtivemos na aplicação da escala PSS:NICU, o nível global de stresse apresentado pelos pais é *moderadamente stressante*,

corroborando assim os valores apresentados por Miles *et al.* em 1993, quando validaram a escala.

O nível global de stresse apresentou, em média, valores inferiores ao nível de stress na ocorrência (2,50 vs 2,88), valores similares aos obtidos por Souza *et al.*, (2012), Miles *et al.*, (1993), Franck *et al.*, (2005) e Santos (2014).

Também nesta métrica, a dimensão que globalmente apresentou maior stresse nos pais foi o Relacionamento com o RN e Papel Parental com $\bar{X}=3,14$ (*moderadamente stressante*). Rocha *et al.*, (2011) verificaram que a perda do papel parental e a relação com o RN são os pontos fulcrais que mais preocupam as mães. O internamento de um RN numa UCIN provoca algum distanciamento físico dos pais, facto que os mesmos vivenciam com grande intensidade (Hockenberry & Wilson, 2014; Fernandes & Silva, 2015).

Resultados similares foram obtidos no Brasil por Souza *et al.*, (2012) ($\bar{X}= 3,4$); em Portugal por Santos (2014) ($\bar{X}=3,41$) e Rocha *et al.*, (2011) ($\bar{X}=3,07$); pelos pais (sexo masculino) na rede Neonatal Sul Americana ($\bar{X}=3,10$) (Wornald *et al.*, 2015); nos Estados Unidos por Miles *et al.*, (1993) ($\bar{X}=3,10$) e na Inglaterra ($\bar{X}=2,98$) por Franck *et al.*, (2005).

Valores mais elevados foram encontrados na Índia por Agrawal e Gaur (2017) ($\bar{X}= 3,74$) encontrando-se na categoria de *muito stressante* e pelas mães na rede Neonatal Sul Americana (Wornald *et al.*, 2015) com uma média de 3,73, encontrando-se na mesma categoria acima referida.

Yapici *et al.*, (2018), por sua vez, mesmo apresentando média com valores similares ($\bar{X}=3,57$) ao que obtivemos, apresentaram os resultados dos estudos como a terceira maior fonte de stresse nos pais, considerando a primeira a Aparência e o Comportamento do RN. Sabe-se que na hospitalização dos RN's, todo o equipamento que é necessário para o seu bem-estar, vigilância e tratamento pode alterar a sua aparência, bem como alterar o seu comportamento (Souza *et al.*, (2012); Franck *et al.*, (2005)). A perda do bebé idealizado pelos pais, devido a ser um RN mais pequeno, frágil, que tenha de depender de um ventilador, entre outros, são fontes geradoras de stresse (Fernandes & Silva, 2015). Isto pode ser um justificativo para terem apresentado valores mais elevados nesta dimensão.

Estas alterações podem dever-se ao facto de, no Sul da América, os autores terem realizado o estudo com pais de RN's de extremo e muito baixo peso. Souza *et al.*, (2012) consideram que a prematuridade é uma das fontes geradoras de stresse para os pais. Sabe-se também que segundo a literatura científica existente, as mães têm tendência a apresentar maior nível de stresse relativamente aos pais (Agrawal & Gaur, 2017).

A segunda dimensão que causou stresse nos pais, no presente estudo, foi a Aparência e o Comportamento do RN ($\bar{X}=2,35$), sendo considerada *um pouco stressante*. Esta descoberta foi consistente com estudos de Noergaard *et al.*, (2018) (sendo os valores similares tanto no grupo de controlo como no de intervenção), Miles *et al.*, (1993), Santos (2014), Franck *et al.*, (2005) e Rocha *et al.*, (2011), mas inconsistentes com Souza *et al.*, (2012), Wornald *et al.*, (2015) e Agrawal e Gaur (2017), que encontraram médias mais elevadas ($\bar{X}=2,6-3,26$) encontrando-se na categoria *moderadamente stressante*.

Estes achados podem ser congruentes com o facto de RN's extremamente prematuros/prematuros serem fisiologicamente instáveis, apresentando características, na aparência física e comportamental, que diferem e apresentam-se menos reativos à interação com os pais e meios envolventes do que RN's de termo (Agrawal & Gaur, 2017).

A dimensão que os pais consideram *um pouco stressante* foi a dimensão Imagens e Sons ($\bar{X}=2,0$). Estes resultados vão ao encontro dos estudos já referidos, realizados em vários países, tais como o Brasil por Souza *et al.*, (2012) ($\bar{X}=2,2$); Portugal por Santos (2014) ($\bar{X}=2,43$) e Rocha *et al.*, (2011) ($\bar{X}=2,33$); na rede Neonatal Sul Americana, pelos pais (sexo masculino) ($\bar{X}=2,49$) (Wornald *et al.*, 2015); os Estados Unidos por Miles *et al.*, (1993) ($\bar{X}=2,44$); a Inglaterra ($\bar{X}=2,29$) por Franck *et al.*, (2005); e a Índia ($\bar{X}=2,04$) por Agrawal e Gaur (2017).

Estes valores obtidos podem ser explicados por que o ambiente é percebido pelos pais como facilitador para manter o bem estar do RN (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na Turquia, assim como nas mães da rede Neonatal Sul Americana foram encontrados valores mais elevados nesta dimensão ($\bar{X}=3,41$; $\bar{X}=2,64$) (Yapici *et al.*, 2018; Wornald *et al.*, 2015), encontrando-se na categoria *moderadamente stressante*. Segundo Yapici *et al.*, (2018) esta foi a segunda dimensão que apresentou maior nível global de stresse nos pais.

O ambiente das UCIN's é uma fonte geradora de stresse para os pais de RN's hospitalizados. Inicialmente, quando os RN's de alto risco são hospitalizados nas UCIN's, a atenção dos pais centra-se nos equipamentos lá existentes visto que não é familiar para eles e pode ser impactante (Yapici *et al.*, 2018; Als, 2017).

Relativamente à métrica 3, que representa a frequência das experiências vivenciadas pelos pais, não existe literatura onde nos pudéssemos basear para comparar os nossos resultados. Mesmo os autores da escala (Miles *et al.*, 1991) não apresentaram os resultados da avaliação desta métrica. Desta forma, fazemos uma interpretação dos nossos achados.

A frequência de experiências de stresse foi mais elevada na dimensão da Aparência e Comportamento do RN, seguida da dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental, ou seja, 94,9% e 93,2% dos pais respetivamente, manifestaram ter sentido stresse nos itens destas duas dimensões. Por fim, nos itens da dimensão Imagens e Sons, 79,7% dos pais manifestaram stresse.

Podemos verificar na métrica 3 que, tal como aconteceu na métrica 1 e 2, foi nas dimensões Relacionamento com o RN e Papel Parental e Aparência e Comportamento do RN que os pais referiram mais vezes stresse, quando os RN's de alto risco estão hospitalizados corroborando o que foi dito anteriormente (Miles *et al.*, 1993; Funk *et al.*, 2005; Souza *et al.*, 2012; Santos, 2014).

De forma a identificar quais os fatores que os pais percebem como stressantes, ou seja, em que a frequência foi maior, analisamos esta métrica item a item. Pudemos verificar que na dimensão Imagens e Sons, os itens nº3 *Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores* e nº 2 *Os ruídos constantes de monitores e equipamentos* foram os referidos por maior número de pais. Comparando com a métrica 1, Kegler *et al.*, (2019), referem que foi na mesma dimensão, que o maior nível de ocorrência de stresse foi observado. Relativamente à métrica 2, Turner *et al.*, (2015), referem o mesmo com maior *score* nesta dimensão. Já Yapici *et al.*, (2018), referem que o item que apresenta maior nível global de stresse nesta dimensão é o nº 2 *Os ruídos constantes de monitores e equipamentos*.

Por sua vez o valor menor apresentado nesta dimensão foi o item nº5 *O grande número de pessoas que trabalha na unidade*, com 22%. Também, Kegler *et al.*, (2019) ao nível da ocorrência de stresse e Yapici *et al.*, (2018) na globalidade desta dimensão, referem que foi este item que apresentou menor nível de stresse. Entre nós, o número de

profissionais destas unidades não é, habitualmente, muito elevado, o que poderá explicar este achado.

Na dimensão Aparência e Comportamento do RN, verificámos que onde mais de 70% dos pais referiu stresse foi nos itens nº1 *Tubos e equipamentos no meu bebé ou perto dele*, nº8 *Ver agulhas e tubos colocado no meu bebé* e nº10 *Quando o meu bebé parecia estar com dor*. Estas itens estão relacionados, ou sugerem, procedimentos invasivos e dor, pelo que se confirma ser essa uma das grandes preocupações dos pais já descrita na literatura (Franck, Oulton, & Bruce, 2012). Também Yapici *et al.*, (2018) e Turner *et al.*, (2015) observaram que o item que provocou mais stresse nos pais foi o nº10 *Quando o meu bebé parecia estar com dor*. Kegler *et al.*, (2019), verificaram que, na métrica 1, o item com o nível de ocorrência maior era o nº9 *O meu bebé ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo*, o qual sugere, igualmente, invasividade e dor.

Nesta dimensão, a menor frequência foi nos itens nº7 *Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebé* (22%) e o nº6 *A aparência enrugada do meu bebé* (32,2%).

Kegler *et al.*, (2019) e Tuner *et al.*, (2015) identificaram também este item como aquele que obteve o nível mais baixo de stresse na ocorrência (métrica 1). Já Yapici *et al.*, (2018) consideraram que o item que provocou menor nível de stresse foi o nº2 *Nódoas negras. Cortes ou incisões no meu bebé*.

Na dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental a frequência mais elevada que obtivemos foi no item nº 1 *Estar separado do meu bebé* (89,8%). A separação do bebé foi também o que causou maior nível de stresse nos estudos de Kegler *et al.*, (2019) e de Turner *et al.*, (2015). Sabe-se que devido as “barreiras” impostas devido à instabilidade clínica do RN de alto risco, tais como incubadoras, ventiladores, fios de monitorização e o próprio RN, entre outras, provocam impacto na relação binómio pais/filho bem como nas respostas dos pais face ao internamento do RN de alto risco (Souza *et al.*, (2012); Franck *et al.*, (2015)). Segundo a literatura existente também se sabe que o RN, sendo ele de alto risco ou não, beneficia, para o seu desenvolvimento físico, psicológico, motor, social e afetivo, da presença de contacto humano (através de estímulos positivos, tais como, a voz, o toque, a massagem, entre outros), sendo este preferencialmente realizado pelos pais, de forma a estabelecer uma relação única no binómio pais/filhos. Desta forma, é de grande importância os pais serem envolvidos no dia-a-dia do seu filho (Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2005).

Seguiram-se, nesta dimensão, os itens relacionados com a impotência em desempenhar o papel parental (*Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebé durante este tempo, Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé de dores e procedimentos dolorosos e Não alimentar, eu próprio, o meu bebé*). O relacionamento com o bebé (*Não ter tempo a sós com o meu bebé e Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebé quando quero*) obtiveram também frequência elevadas.

A frequência mais baixa foi no item nº3 *Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebé (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho)* com uma percentagem de 54,2%.

Já para Kegler *et al.*, (2019) e Yapici *et al.*, (2018) o nível mais baixo de stresse na ocorrência foi o item nº7 *Não ter tempo a sós com o meu bebé*. Na origem deste achado poderão estar as condições logísticas da unidade neonatal e a taxa de ocupação, que desconhecemos.

Curiosamente, o item nº5 *Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé das dores e procedimentos dolorosos* obteve o nível de stresse mais baixo neste dimensão, no estudo de Turner *et al.*, (2015), contrariando os achados do nosso e de outros estudos.

3.3 STRESSE PARENTAL E SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DESENVOLVIMENTAIS

Como já foi referido, a prematuridade, a hospitalização logo após o nascimento, dificuldade em perceber o que está a acontecer com o filho, o ambiente e os sons da UCIN, o comportamento e aparência do RN, o relacionamento com o RN e o papel parental comprometido, ente outros, são fontes geradoras de stresse para os pais. Como também já foi descrito, as premissas dos cuidados desenvolvimentais, são práticas sistematizadas, ajustadas às necessidades individuais de cada RN e seus pais. Desta forma a SCD pode ser pertinente na redução do stresse parental.

Face à questão que nos propusemos a responder com a realização deste estudo “Considerando que os cuidados desenvolvimentais se inserem numa filosofia de cuidados centrados na família e incluem, por isso, medidas dirigidas aos pais, será que a sistematização dos cuidados desenvolvimentais (SCD) contribuiu para a redução do stresse parental associado à hospitalização do RN de alto risco?”, não foi possível verificar em qualquer das métricas da escala PSS: NICU uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo com e o grupo sem SCD. Isto poderá querer dizer que os cuidados desenvolvimentais não interferem na redução do stresse dos pais. Assim sendo,

rejeitamos a hipótese principal de que “o nível de stresse parental é mais baixo nas UCIN’s com SCD, do que nas UCIN’s sem SCD”.

Montirosso *et al.*, (2014) tinham como objetivo investigar o nível de qualidade de cuidados desenvolvimentais realizados em 25 UCIN’s italianas de nível III e de que forma afetava o stresse e a depressão materna. O estudo que realizaram não encontrou relação entre a prática de cuidados desenvolvimentais e o stresse materno corroborando assim os resultados que obtivemos. Tal como nós, referem que mesmo não estando sistematizados os cuidados desenvolvimentais em todas as unidades, são praticadas algumas medidas dos cuidados desenvolvimentais, o que pode justificar não haver efeitos significativos. Também referem que quando aspetos emocionais negativos das mães são mitigados, como por exemplo, a interação RN/mãe, quando a mãe é envolvida nos cuidados ao seu filho, o nível de stresse das mães é reduzido.

Apesar de não termos encontrado diferenças significativas no stresse parental relacionado com as unidades terem ou não SCD, podemos admitir, como já foi descrito anteriormente, o facto de que os cuidados desenvolvimentais mesmo não estando sistematizados, vão sendo praticados pelos enfermeiros, em todas as unidades, de uma forma ou de outra.

Por outro lado, outro motivo para não encontrarmos diferença estatística significativa, pode prender-se com o facto de a amostra não ser em número suficiente. Montirosso *et al.*, (2014) mesmo tendo uma população de 178 mães de RN’s pré-termo, apresentaram resultados idênticos.

Tentamos perceber em cada métrica se existia ou não diferença significativa entre os grupos. Na métrica 1 o item onde existe diferença significativa é o item nº1 da dimensão Relacionamento e Papel Parental *Estar separado do meu bebé*.

Já na métrica 2 obtivemos diferença significativa entre grupos no item nº4 da dimensão Imagens e Sons *Os outros bebés doentes na sala* e no item nº7 da dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental *não ter tempo a sós com o meu bebé*.

Na métrica 3 pudemos observar uma diferença significativa entre os grupos no item nº7 da dimensão Relacionamento do RN e Papel Parental *não ter tempo a sós com o meu bebé*.

Esta diferença significativa poderá prender-se ao facto das características clínicas do RN bem como das características das próprias UCIN’s, e não dos cuidados desenvolvimentais.

3.4 OUTRAS VIVÊNCIAS DOS PAIS DURANTE O INTERNAMENTO DO RN DE ALTO RISCO

Face à questão que foi apresentada no final da escala PSS:NICU “*Sinta-se à vontade para escrever sobre outras situações que achou stressantes durante o tempo em que o seu bebé esteve na unidade de cuidados intensivos neonatais*” foi possível verificar, pelas respostas dos pais, que muitas vão ao encontro do que existe na literatura como fatores que favorecem o stresse parental (Ordem dos Enfermeiros, 2015; Hockenberry & Wilson, 2014; Fernandes e Silva, 2015; Silva *et al.*, 2009).

A hospitalização de um RN de alto risco provoca, por vezes, uma crise de identidade parental (Ordem dos Enfermeiros, 2015), tendo muitas mães referenciado que o seu estado físico e emocional bem como o estado do RN interferiram no stresse parental “É muito difícil a mãe recuperar ao mesmo tempo que quer estar presente com o seu bebé”.

Fernandes e Silva (2015) referem que os pais apresentam dúvidas, incertezas, hesitações, no que diz respeito àquilo que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais desejam que eles executem. Pudemos verificar que alguns pais que participaram neste estudo referiram este ponto como uma fonte de stresse durante a hospitalização do seu filho: “Choque entre o que eu julgo ser melhor para a minha bebé e o que a equipa julga ser melhor”.

Segundo Souza *et al.*, (2012) e Fernandes e Silva (2015) a separação do binómio pais/filho é um evento gerador de stresse nos pais. Houve vários pais a referir: “a mãe não poder ver a filha durante alguns dias após o parto” e “ver o meu filho apenas no dia seguinte ao parto”, desta forma percebemos que os pais deste estudo também apresentam stresse neste fator.

Também referem aumento de stresse sobre as rotinas das UCIN’s, “achei stressante a rotina e sentir-me pressionada para cumprir horários estabelecidos pelo serviço, especialmente com dois bebés” sendo referido por Hockenberry e Wilson (2014) como um fator que aumenta stresse nos pais.

Pode-se verificar que os cuidados desenvolvimentais não interferem, segundo esta investigação, na redução do stresse parental, e isso, pode dever-se a inúmeros fatores, tais como, o ambiente/características das UCIN’s, dos cuidados prestados, das características dos RN’s. Pode-se perceber também que a dimensão que apresenta maior stresse parental, em todas as métricas, é a dimensão Relacionamento com o RN e Papel Parental.

Desta forma será pertinente os Enfermeiros que trabalham com os RN's de alto risco, reforçarem mais o foco do Papel Parental, de forma a avaliarem precocemente nos pais do RN's hospitalizados o nível de stresse e os fatores que provocam mais stresse.

4 CONCLUSÕES

Os pais de RN's de alto risco apresentam maior risco de desenvolverem stresse parental comparado com os pais de RN's a termo, devido à hospitalização que isso acarreta. Todo o ambiente das UCIN's (equipamentos, fios, pessoas em constante movimento, barulhos, alarmes), a aparência e comportamento do filho e alteração do papel parental são fatores geradores de stresse nos pais.

Sentimentos de angústia, medo, incerteza, entre outros, apoderam-se dos pais devido à hospitalização do seu filho aumentando o nível do seu stresse.

Como foi descrito, existem vários programas desenvolvidos para redução do stresse parental e a sua aplicação é importante para a estabilidade física e emocional dos pais. Também ter uma prática de cuidados centrada na família, envolvendo os pais nos cuidados ao filho, é um fator que permite redução de stresse parental.

Podemos perceber, através de estudos realizados anteriormente, que a aplicação da escala PSS:NICU se mostrou um instrumento confiável para avaliação do stresse parental, evidenciando valores indicativos de boa consistência interna.

Concluimos, com o presente estudo, que o nível de stresse dos pais com RN's hospitalizados é moderado e que não existem diferenças estatisticamente significativas entre pais que se encontram em unidades com SCD e sem SCD, quanto ao nível de stresse. O mesmo acontece com o nível global de stresse nos dois tipos de UCIN's e com a frequência de stresse parental. Percebemos também que a diferença estatística observada, pontualmente, em alguns itens de cada métrica, poderá prender-se a fatores externos aos cuidados desenvolvimentais como as características clínicas do RN ou as barreiras impostas pelas características das UCIN's.

Também se concluiu que Imagens e Sons é a dimensão com o nível de stresse mais baixo. Tal pode significar que os esforços das últimas décadas para tornar o ambiente das UCIN's menos agressivo, nomeadamente através da redução do ruído e da luz, está a surtir efeito. Ainda assim, os ruídos constantes e repentinos dos monitores, perturbam os pais.

O Relacionamento com o RN e Papel Parental é a dimensão com o nível de stresse mais elevado tanto na ocorrência como a nível global de stresse em ambos os grupos. A

separação do bebé é muito stressante para os pais e deve ser a todo o custo evitada com estratégias que minimizam o seu impacto, quando inevitável. O sentimento de impotência manifestado pelos pais por não poderem desempenhar o seu papel parental, requer mais atenção ao envolvimento dos pais nos cuidados ao RN. Em particular, a perceção, através da aparência, de que o bebé pode ter dor, conjugada com o sentir-se impotente para proteger o bebé das dores e controlo da dor, envolvendo os pais nas intervenções com esse fim.

Este é o primeiro estudo, em Portugal, que compara o stresse parental considerando a variável sistematização dos cuidados desenvolvimentais. Parece ser, igualmente, o primeiro estudo, mesmo considerando a literatura internacional, a utilizar a métrica 3.

As limitações deste estudo são o reduzido tamanho da amostra, bem como as UCIN's não serem todas do mesmo nível de diferenciação. Seguidamente foi a inexistência de trabalhos nesta área de investigação principalmente na comparação de grupos com e sem SCD e ainda relativamente métrica 3 da escala PSS: NICU. Em terceiro lugar, a literatura científica existente na área do stresse parental está maioritariamente direcionada para a prematuridade e não para o universo dos RN's que são hospitalizados em UCIN's.

As implicações para a prática recaem sobre a questão do papel parental. O/a enfermeiro/a tem de estar desperto para esta questão de forma a facilitar o processo de transição parental. Este estudo, também, pretende contribuir na perceção dos fatores que provocam maior stresse nos pais, de forma a que os enfermeiros estejam mais atentos a esses fatores. Esta informação pode ser utilizada para prevenir o stresse parental e, desta forma, melhorar a adaptação dos pais a esta nova realidade que se lhes apresenta. Também, a avaliação precoce de stresse nos pais com RN's hospitalizados possibilita a identificação de fontes geradoras de stresse, possibilitando assim um planeamento e intervenção adequados, de forma para prevenir situações como a depressão, entre outras. Por outro lado, a redução do stresse parental vai ter interferência no desenvolvimento cognitivo, comportamental e emocional do RN.

É pertinente também a divulgação dos resultados deste estudo às UCIN's que participaram na colheita de dados e preenchimento da escala PSS: NICU, de forma a sensibilizar para a redução dos fatores de stresse identificados e para a importância de avaliar o stresse nos pais aquando do planeamento e avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas ao bem-estar dos pais.

Relativamente às implicações para a investigação, seria pertinente manter a investigação nesta área, principalmente da métrica 3 da PSS: NICU, visto que não há informação sobre esta métrica. Também é pertinente fazer um estudo de maior dimensão para confirmar se os cuidados desenvolvimentais interferem ou não no stresse parental, mas também para conhecer o seu efeito na ansiedade e na depressão dos pais quando um RN é hospitalizado. Também será pertinente perceber de que forma as variáveis sociodemográficas dos pais como a idade, escolaridade, situação familiar, e variáveis clínicas do RN tais como idade gestacional, o peso e os diagnósticos, interferem no stresse dos pais durante a hospitalização do RN de alto risco.

Em suma, é necessário que se desenvolva uma prática de enfermagem neonatal desenvolvimental e realmente centrada na família, com sistematização de cuidados desenvolvimentais, sendo os pais também alvo dos nossos cuidados de enfermagem e não meros acompanhantes nos cuidados ao RN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abidin, R. (1992). The Determinants of Parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 407–412. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12
- Agrawal, R., & Gaur, A. (2017). Parent stress in neonatal intensive care unit: an unattended aspect in medical care. *International Journal of Contemporary Pediatrics*, 4(1), 148–153. <https://doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20164596>
- Alemdar, D., Özdemir, F., & Tüfekci, F. (2018). The Effect of Spiritual Care on Stress Levels of Mothers in NICU. *Western Journal of Nursing Research*, 40(7), 997–1011. <https://doi.org/10.1177/0193945916686775>
- Als, H, Duffy, F., McAnulty, G., Rivkin, M., Vajapeyam, S., Mulkern, R., ... Eichenwald, E. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4), 846–857. <https://doi.org/10.1542/peds.113.4.846>
- Als, H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 2, 135–147. <https://doi.org/10.3233/NPM-2009-0061>
- Als, H. (2015). Program Guide Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *NIDCAP Federation Internacional*. Boston. Retrieved from <http://nidcap.org/wp-content/uploads/2014/09/Program-Guide-Rev-22Sep2014.pdf>
- Als, H. (2017). Individualized Developmental Care for Preterm Infants. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1–8.
- Als, H, & Mcanulty, G. (2015). Developmental Care Guidelines for Use in the Newborn Intensive Care Unit (NICU). *NIDCAP Federation Internacional*, 1–6.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-V*. Artmed.
- Amorim, M., Alves, E., Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais : revisão dos guias portugueses. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21(8), 2583–2594. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07292015>
- Andrade, O., & Andrade, P. (2015). Aspectos Neurobiológicos e Evolucionários da

Cognição e suas Implicações para a Educação. Retrieved September 14, 2020, from <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/arquivos/2053>

Araújo, D., Pereira, N., & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação , prematuridade e baixo peso ao nascer : uma revisão sistemática da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(4), 747–756.

Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O Medo, a Ansiedade e as suas Perturbações. *Revista Psicologia*, 19(1/2), 266–277. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.407>

Beheshtipour, N., Baharlu, S., Montaseri, S., & Ardakani, S. (2014). The effect of the educational program on Iranian premature infants' parental stress in a neonatal intensive care unit: a double-blind randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(4), 240–250. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349867> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4201207>

Belsky, J. (2005). Social-Contextual Determinants of Parenting. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1–6.

Branco, M., & Mimoso, G. (2014). Limite da Viabilidade. *Grupo de Consensos de Neonatologia- Secção de Neonatologia Da Sociedade de Pediatria Portuguesa*, 1–17. Retrieved from <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Viabilidade.pdf>

Brazelton, T., & Greenspan, S. (2009). *A Criança e o seu Mundo* (6ª). Editorial Presença.

Brazelton, T. (2013). *O Grande Livro da Criança* (13ª). Editorial Presença.

Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In *Nursing research methodology: Issues and implementation* (Ed., pp. 237–257). Rockville, MD: Aspen.

Committee on Practice and Ambulatory Medicine and Committee on Fetus And Newborn. (1996) The Role of the Primary Care Pediatrician Newborn in the Infants Management of High-risk Newborn Infants. *American Academy of Pediatrics*, 98(4), 786–788.

Corrêa, A. R., Andrade, A. C. de, Manzo, B. F., Couto, D. L., & Duarte, E. D. (2015). The family-centered care practices in newborn unit nursing perspective. *Escola*

Anna Nery - Revista de Enfermagem, 19(4), 629–634. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150084>

Correia, L., & Linhares, M. (2007). Ansiedade Materna nos Períodos Pré e Pós-Natal: Revisão da Literatura. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(4), 1–8.

Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Crnic, K., & Greenberg, M. (1990). Minor Parenting Stresses with Young Children. *Society for Research in Child Development*, 61(5), 1628–1637. <https://doi.org/10.2307/1130770>

Crnic, K., & Low, C. (2002). Everyday Stresses and Parenting. In B. Webber (Ed.), *Handbook of Parenting* (2^a ed., Vol. 5, p. 545). Londres: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Cunha, M., Ferreira, L., Fonseca, F., Novais, R., Cadete, A., Barroso, R., ... Machado, M. (2006). Estudo da morbidade no neurodesenvolvimento em recém-nascidos de muito baixo peso. *Saúde Infantil*, 28(3), 25–30.

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting Stress and Child Adjustment: Some Old Hypotheses and New Questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>

Diaz, Z., Fernandes, S., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebês internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(3), 85–93. <https://doi.org/10.12707/RIII12134>

Direção-Geral da Saúde (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância Manual de orientação para profissionais de saúde*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Fernandes, & Silva, E. (2015). Vivência dos pais durante a hospitalização do recém-nascido prematuro. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série(Nº 4), 107–115. <https://doi.org/10.12707/RIV14032>

Ferraz, L. (2017). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro:

estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas. Dissertação de Mestrado: Repositório Científico- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ferraz, L., Alves, M., Costa, L., Ferreira, A., & Almeida, A. (2017). NeoNurturing: Um referencial de melhoria das práticas de cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro. In *Suplemento ao nº13- Série IV-Atas Do I Congresso Internacional ESIP “Investigação, Conhecimento e PRática Clínica”* (pp. 139–143). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: Revista de Enfermagem Referência. <https://doi.org/ISSNe:2182.2883>

Ferreira, M., & Costa, M. (2016). Cuidar em parceria: Subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium - Journal of Education Technologies and Health*, 51–58.

Fioravanti, A., Santos, L., Maissonette, S., Cruz, A., & Landeira-Fernandez, J. (2006). Avaliação da Estrutura Fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 217–224.

Fortin, M.-F., & Côté, J. (2006). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação* (1ª). Loures: Lusodidacta, Lda.

Franck, L., Cox, S., Allen, A., & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit-related parental stress. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 608–615.

Franck, L., Oulton, K., & Bruce, E. (2012). Parental involvement in neonatal pain management: an empirical and conceptual update. *Journal Nursing Scholarship*, 44(1), 45–54. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2011.01434.x>

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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x>

Gibbins, S., Coughlin, M., & Hoath, S. (2010). Quality Indicators: Using the Universe of Developmental Care Models an Exemplar for Change. In *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals* (pp. 43–59).

Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141–147. <https://doi.org/10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76>

- Gonçalves, M., & Gameiro, H. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos : para lá da significância estatística. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(3), 151–162.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O Stress: Emoções e Estratégias de Adaptação*. Climepsi Editores.
- Guimarães, H., Machado, M., Mimoso, G., Neto, T., Peixoto, J., Tomé, T., & Virella, D. (2002). O Registo Nacional do Recém-Nascido de Muito Baixo Peso. In *Nascer Prematuro em Portugal Estudo Multicêntrico Nacional* (pp. 15–40). Lisboa: Fundação Bial. <https://doi.org/10.13140/2.1.3716.6086>
- Halder, P., Bera, D., & Benerjee, A. (2015). Developmentally Supportive Care in Neonatal Intensive Care Unit:- A Review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(February), 17–23.
- Henriques, C., Santos, M. L., Caceiro, E., & Ramalho, S. (2015). Determinantes na transição para a parentalidade. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, (Spe. 2). <https://doi.org/10.19131/jpmhn.0010>
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª). Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Hunter, L. M., Blake, S., Simmons, C., Thompson, J., & Derouin, A. (2019). Implementing a Parent Education Program in the Special Care Nursery. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(2), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2018.06.007>
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. (Instituto Nacional de Estatística, Ed.) (1ª). Lisboa.
- Jafarzadeh, Z., Maghsoudi, J., Barekatin, B., & Marofi, M. (2019). Effect of telenursing on attachment and stress in mothers of preterm infants. *Iranian Journal of Neonatology*, 10(1), 65–71. <https://doi.org/10.22038/ijn.2018.29890.1406>
- Kadivar, M., Seyedfatemi, N., Akbari, N., Haghani, H., & Fayaz, M. (2017). Evaluation of the effect of narrative writing on the stress sources of the parents of preterm neonates admitted to the NICU. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 30(13), 1616–1620. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1219995>
- Kegler, J., Neves, E., Silva, A., Jantsch, L., Bertoldo, C., & Silva, J. (2019). Estresse em pais de recém-nascidos em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Escola*

Anna Nery, 23(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0178>

- Laudert, S., Liu, W. F., Blackington, S., Perkins, B., Martin, S., Graven, S., & Handyside, J. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27, 75–93. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211843>
- Lazarus, R. (1991). Cognition and motivation in emotion. *The American Psychologist*, 46(4), 352–367. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.46.4.352>
- Lazarus, Richard, & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, Inc.
- Leong, O., Abdullah, K., Danaee, M., Lam, S., Geok, S., Ma, D., & Hussin, E. (2019). The effectiveness of a structured nursing intervention program on maternal stress and ability among mothers of premature infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 641–649. <https://doi.org/10.1111/jocn.14659>
- Lopes, M., Catarino, H., & Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem : Revisão Sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(Julho), 109–118. <https://doi.org/10.12707/RII1047>
- Machado, K., Teixeira, L., & Sá, F. (2008). Perfil Clínico dos Recém-Nascidos com Retinopatia da Prematuridade em um Hospital do Ceará. *Revista Brasileira Em Promoção de Saúde*, 21(1), 47–54.
- Maestro, M., Bonis, A., Cruz-Bertolo, J., López, J., Peña, R., & Alonso, C. (2014). Cuidados centrados en el desarrollo. Situacion en las undades de neonatología de España. *Anales de Pediatría*, 81(4), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.043>
- Mallik, S., & Spiker, D. (2017). Programas eficazes de intervenção precoce para bebês prematuros nascidos com baixo peso . Revisão do Programa de Saúde e Desenvolvimento do Bebê (Infant Health and Development Program – IHDP). *Enciclopédia Sobre o Desenvolvimento Na Primeira Infância*, 1–8.
- Martinet, S. (2008). A Prematuridade. In S. Martinet & F. Bayle (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (Climepsi, pp. 113–120). Lisboa.
- Martins, J. C. A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns Apontamentos sobre a Dimensão Ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 62–66.

- Mascarenhas, A., Malveiro, D., Clemente, F., Santos, G., Vale, M., & Cabanas, M. (2018). Prematuridade Tardia. *Consensos Em Neonatologia- Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Retrieved from <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>
- Mash, E. J., & Johnston, C. (1990). Determinants of Parenting Stress: Illustrations from Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 313–328. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_3
- Meleis, A., & Schumacher, K. (1994). Transition: a Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.
- Miles, Funk, S., & Carlson, J. (1993). Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit. *Nursing Research*, 42(3), 148–152.
- Miles, M., Funk, S., & Kasper, M. (1991). The neonatal intensive care unit environment: sources of stress for parents. *AACN Clinical Issues in Critical Care Nursing*, 2(2), 346–354. <https://doi.org/10.4037/15597768-1991-2022>
- Monteiro, M., & Calado, G. (2019). Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido: Atuação do Enfermeiro Especialista na Otimização do Ambiente Terapêutico Cuidados Centrados no Desenvolvimento. Relatório de Estágio: Repositório Comum.
- Montirosso, R., Fedeli, C., Del Prete, A., Calciolari, G., Borgatti, R., Mosca, F., ... Bauchiero, A. (2014). Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(7), 994–1002. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.001>
- Mosqueda, R., Castilla, Y., Perapoch, J., Lora, D., López-Maestro, M., & Pallás, C. (2013). Necessary resources and barriers perceived by professionals in the implementation of the NIDCAP. *Early Human Development*, 89(9), 649–653. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.04.011>
- Myers, D. (1999). *Introdução a Psicologia Geral*. Livros Téc. e Cient. Editora.
- Noergaard, B., Ammentorp, J., Garne, E., Fenger-Gron, J., & Kofoed, P.-E. (2018). Fathers' stress in a neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 18(5),

413–422. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000503>

- Oliveira, E. (2006). Delimitando o conceito de stress. *Ensaaios e Ciência*, 11–18. Retrieved from [http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos para dowload 2011/saude mental/Delimitando o conceito de stress.pdf](http://www.medtrab.ufpr.br/arquivos_para_dowload_2011/saude_mental/Delimitando_o_conceito_de_stress.pdf)<http://sare.anhanguera.com/index.php/rencs/article/viewArticle/327>
- Oliveira, K., Veronez, M., Higarashi, I., & Corrêa, D. (2013). Vivências de Familiares no Processo de Nascimento e Internação de seus Filhos em UTI Neonatal. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 17(1), 46–53.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–5. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem- Versão2*. Lusodidacta, Lda.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Özdemir, F., & Alemdar, D. (2017). Supporting of the Fathers to Visit Their Infants in Neonatal Intensive Care Unit Decreases Their Stress Level: A Pretest–Posttest Quasi-Experimental Study. *Community Mental Health Journal*, 53(4), 490–495. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0066-7>
- Parmigiani, S., Gianotti, D., & Bevilacqua, G. (2012). General Characteristics of Preterm and Term Newborn. In G. Buonocore, R. Bracci, & M. Weindling (Eds.), *Neonatology- A Practical Approach to Neonatal Diseases* (pp. 17–20). https://doi.org/10.1007/978-88-470-1405-3_3
- Queirós, P., & Barbieri-Figueiredo, M. (2015). Enfermagem, de Ciência Aplicada a Ciência Humana Prática: da Racionalidade Técnica à Prática Reflexiva, 22. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3959.4403>
- Ramos, H., & Cuman, R. (2009). Fatores de Risco para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 13(2), 297–304.
- Ramos, S. (2003). Satisfação/insatisfação profissional em professores de Educação Física do quadro de nomeação definitiva de Coimbra – Um estudo descritivo. Dissertação de Doutouramento: Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da

Universidade de Coimbra.

- Regulamento nº 422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 133 Diário da República § (2018). Retrieved from <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Reid, T., Bramwell, R., Booth, N., & Weindling, A. M. (2007). A new stressor scale for parents experiencing neonatal intensive care: The NUPS (Neonatal Unit Parental Stress) scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(1), 66–82. <https://doi.org/10.1080/02646830601117258>
- Rocha, G., Candeias, L., Ramos, M., Maia, T., Guimarães, H., & Viana, V. (2011). Stress e Satisfação das Mães em Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Medica Portuguesa*, 24(SUPPL.2), 157–166.
- Royal College of Nursing (2015). Matching Knowledge and Skills for Qualified In Speciality Neonatal Nurses: A core syllabus for clinical competency. British Association of Perinatal Medicine.
- Santos, A., & Castro, J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4, 675–690.
- Santos, C. (2014). Tradução, adaptação cultural e validação da Parental Stress Scale- Neonatal Intensive Care Unit para a população Portuguesa. Dissertação de Mestrado: Repositório Científico: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Santos, V. (2008). Stress Parental e Práticas Parentais em Mães de Crianças com Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado: Universidade de Lisboa- Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação. Retrieved from <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/695>
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2005). Nascer prematuro: Um Manual para os Pais dos Bebés Prematuros, 106. Retrieved from <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>
- Silva, M., Barroso, M., Abreu, M., & Oliveira, S. (2009). Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Referência- Revista de Enfermagem*, 2(11), 37–46.
- Silva, R., Menezes, C., Cardoso, L., & França, A. (2016). Vivências de Famílias de Neonatos Prematuros Hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 6(2), 2258–2270. <https://doi.org/10.19175/recom.v6i2.940>

- Souza, S., Dupas, G., & Balieiro, M. (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.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Adults*. Redwood City: CA: Mind Garden.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Medica Portuguesa*, 22(1), 89–98.
- Turan, T., Başbakkal, Z., & Ozbek, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>
- Turner, M., Chur-hansen, A., Winefield, H., & Stanners, M. (2015). The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit. *Women and Birth*, 28(3), 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.04.001>
- Vieira, C., Guimarães, A., Fernandes, J., Toso, B., & Machineski, G. (2015). Avaliação do nível estresse de mães de pré-termo em hospital universitário. *Ciência Cuidado e Saúde*, 14(4), 1471–1479. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidaude.v14i4.27149>
- WHO (2018). Preterm Birth. Retrieved January 24, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Wornald, F., Tapia, J., Torres, G., Cánepa, P., González, M., Rodríguez, D., ... Domínguez, A. (2015). Stress in parents of very low birth weight preterm infants hospitalized in neonatal intensive care units . A multicenter study. *Archivos Argentinos Pediatría*, 113(4), 303–309. <https://doi.org/10.1590/S0325-00752015000400005>
- Yapici, G., Ozel, S., Oner, S., & Harmanogullari, L. U. (2018). Evaluation of Mothers' Stress in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(2), 40–49. <https://doi.org/10.9790/1959-0702104049>
- Zhang, X., Lee, S., Chen, J., & Liu, H. (2016). Factors Influencing Implementation of Developmental Care Among NICU Nurses in China. *Clinical Nursing Research*, 25(3), 238–253. <https://doi.org/10.1177/1054773814547229>

ANEXOS

ANEXO Nº1- QUESTIONÁRIO PSS:NICU

Questionário A - ESCALA DE STRESS PARENTAL:

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

(Versão original: Miles, Funk e Carlson, 1993); Versão portuguesa: Santos (2014)

Estamos interessados em saber mais sobre o *stress* vivenciado pelos pais quando um prematuro está doente e hospitalizado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Gostaríamos de conhecer a sua experiência como pai/mãe cujo filho está atualmente numa UCIN.

Este questionário lista várias experiências que outros pais relataram como *stressantes* quando o seu bebé esteve numa UCIN. Gostaríamos que indicasse o quão *stressante* foi para si cada um dos itens listados abaixo. Por *stressante*, queremos dizer que a experiência o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso. No questionário, circule o único número que melhor expresse o quão *stressante* cada experiência foi para si. Os números indicam os seguintes níveis de *stress*.

- 1 – Nada stressante, a experiência não o fez sentir-se ansioso, preocupado ou tenso.
- 2 – Um pouco stressante
- 3 – Moderadamente stressante
- 4 – Muito stressante
- 5 – Extremamente stressante

Se não experienciou algum dos itens, por favor circule NA “Não Aplicável”.

Tomemos como exemplo um item: **As luzes brilhantes na UCIN.**

Se, por exemplo, sente que as luzes brilhantes na unidade de cuidados intensivos neonatais foram extremamente stressantes para si, coloque um círculo no número 5 abaixo:

NA 1 2 3 4 5

Se sente que as luzes não foram nada stressantes, coloque um círculo no número 1 abaixo:

NA 1 2 3 4 5



Abaixo está uma lista das várias **IMAGENS E SONS** comumente experienciados numa UCIN. Estamos interessados em saber a sua visão do quão *stressante* essas **IMAGENS E SONS** são para si. Circule o número que melhor representa o seu nível de *stress*. Se você não viu ou ouviu o item, circule o significado NA "Não aplicável".

1. A presença de monitores e equipamentos
 NA 1 2 3 4 5
2. Os ruídos constantes de monitores e equipamento
 NA 1 2 3 4 5
3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores
 NA 1 2 3 4 5
4. Os outros bebês doentes na sala
 NA 1 2 3 4 5
5. O grande número de pessoas que trabalham na unidade
 NA 1 2 3 4 5

Abaixo está uma lista de itens que podem descrever a **APARÊNCIA** e o **COMPORTAMENTO** do seu **BEBÉ** quando o visita na UCIN, bem como alguns dos **TRATAMENTOS** que viu fazer ao bebê. Nem todos os bebês têm essas experiências ou aparência, por isso circule o NA, se você ainda não experienciou ou viu o item listado. Se o item reflete algo que você experienciou, então, indique o quão a experiência foi *stressante* ou perturbadora para si, circulando o número apropriado.

1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele
 NA 1 2 3 4 5
2. Nódos negros, cortes ou incisões no meu bebê
 NA 1 2 3 4 5
3. A cor incomum do meu bebê (por exemplo, parecer pálido ou amarelo icterico)
 NA 1 2 3 4 5
4. Padrões de respiração incomuns ou anormais do meu bebê
 NA 1 2 3 4 5

5. O tamanho pequeno do meu bebé					
NA	1	2	3	4	5
6. A aparência enrugada do meu bebé					
NA	1	2	3	4	5
7. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebé					
NA	1	2	3	4	5
8. Ver agulhas e tubos colocado no meu bebé					
NA	1	2	3	4	5
9. O meu bebé ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo					
NA	1	2	3	4	5
10. Quando o meu bebé parecia estar com dor					
NA	1	2	3	4	5
11. Quando o meu bebé parecia triste					
NA	1	2	3	4	5
12. A aparência mole e fraca do meu bebé					
NA	1	2	3	4	5
13. Movimentos bruscos ou agitação do meu bebé					
NA	1	2	3	4	5
14. O meu bebé não ser capaz de chorar como os outros bebés					
NA	1	2	3	4	5

A última área que lhe queremos perguntar é sobre como se sente acerca do seu próprio **RELACIONAMENTO** com o bebé e o seu **PAPEL PARENTAL**. Se você experienciou as seguintes situações ou sentimentos, indique de que modo foram *stressantes* para si, circulando o número apropriado. Novamente, circule NA se você não tiver experienciado o item.

1. Estar separado do meu bebé					
NA	1	2	3	4	5



2. Não alimentar, eu próprio, o meu bebé
 NA 1 2 3 4 5
3. Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebé (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho)
 NA 1 2 3 4 5
4. Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebé quando quero
 NA 1 2 3 4 5
5. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebé das dores e procedimentos dolorosos
 NA 1 2 3 4 5
6. Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebé durante este tempo
 NA 1 2 3 4 5
7. Não ter tempo a sós com o meu bebé
 NA 1 2 3 4 5

Sinta-se à vontade para escrever sobre outras situações que achou *stressantes* durante o tempo em que o seu bebé esteve na unidade de cuidados intensivos neonatais

😊 **OBRIGADO PELA SUA AJUDA.** 😊

APÊNDICES

APÊNDICE Nº I- CONSENTIMENTO INFORMADO

Termo de consentimento informado

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

O nascimento e internamento de um filho numa unidade neonatal é uma experiência stressante para os pais. O ambiente das unidades de cuidados intensivos neonatais, a aparência e comportamento do recém-nascido e o papel parental têm sido descritos como fatores geradores de stress nos pais. Existem escalas que podem ser utilizadas para avaliar tanto o nível de stress como os fatores de stress, de forma a entender melhor as suas preocupações, melhorando o apoio que lhe é prestado.

Assim, vimos solicitar a sua colaboração no estudo de avaliação do stress parental através da versão portuguesa da Escala PSS-NICU (Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit). O objetivo é compreender a relação entre o stress dos pais e os cuidados que são realizados ao bebé.

O estudo está a ser realizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, no âmbito do trabalho de Mestrado da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica Joana Maria Fernandes da Silva, sob orientação da Professora Doutora Ananda Fernandes e com o apoio do Enfermeiro/a _____.

- ❖ A sua participação no estudo é voluntária e será feita através do preenchimento de um questionário que irá demorar aproximadamente 10 minutos;
- ❖ Tem o direito de não participar ou de desistir livremente em qualquer altura;
- ❖ A sua aceitação ou recusa em participar em nada modificarão a relação consigo e os cuidados prestados ao seu filho/a;
- ❖ Os dados recolhidos manter-se-ão confidenciais e nunca serão utilizados quaisquer elementos que o possam identificar.
- ❖ Este estudo foi autorizado pela Direção do Hospital e pela Comissão de Ética.

Ao assinar este termo de consentimento informado, declara que compreendeu a informação dada, teve oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e aceita participar.

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela/as pessoa/as que acima assina ou assinam este documento, ter-me sido dado



oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

CONSINTO em participar neste estudo e declaro que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre, e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

NÃO CONSINTO em participar neste estudo

Local e Data:

Assinatura:

Contacto da investigadora principal: Joana Silva- 926574587



APÊNDICE NºII- QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PAIS E CLÍNICO DO RN

Questionário B-Dados dos participantes

Parentesco: Mãe Pai

Idade: _____ anos

Nível de Escolaridade: 4ª ano 6º ano 9º ano 12º ano Bacharelato/Licenciatura Mestrado/Doutoramento

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Viúvo(a) Divorciado(a)/Separado(a)

Tempo de gestação: _____ semanas e _____ dias

Peso do bebé à nascença: _____ gr

Motivo de Internamento do bebé _____

Tipo de Parto: Normal Férceps (Ferros) Ventosa Cesariana

Dias de internamento nesta unidade: _____ dias

Número de gravidezes anteriores: _____

Número de partos anteriores: _____

Já teve anteriormente algum filho internado em unidade de cuidados intensivos neonatais: Sim Não

APÊNDICE Nº III - TESTE DE HIPÓTESES POR ITEM DA ESCALA PARA A MÉTRICA 1- NÍVEL DE STRESS NA OCORRÊNCIA

Tabela 11- Testes de hipóteses por item da Escala para a Métrica 1- Nível de Stresse na Ocorrência

Dimensão/Item	Diferença de média	Erro da diferença da média	t	Gl	p
Imagens e Sons					
<i>1. A presença de monitores e equipamentos</i>	0,25	0,25	1,00	54	.16
<i>2. Os ruídos constantes de monitores e equipamentos</i>	0,16	0,31	0,53	54	.30
<i>3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores</i>	0,64	0,34	0,18	53,3	.43
<i>4. Os outros bebês doentes na sala</i>	-0,36	0,24	-1,46	48,2	.07
<i>5. O grande número de pessoas que trabalha na unidade</i>	-0,09	0,23	-0,39	53	.35
Aparência e Comportamento do RN					
<i>1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele</i>	-0,46	0,33	-1,38	53	.09
<i>2. Nódos negros. Cortes ou incisões no meu bebê</i>	0,49	0,33	1,05	35	.15
<i>3. A cor incomum do meu bebê (por exemplo, parecer pálido ou amarelo icterico)</i>	0,43	0,40	1,07	40	.05
<i>4. Padrões de respiração incomuns ou anormais do meu bebê</i>	-0,41	0,44	-0,93	43	.18
<i>5. O tamanho pequeno do meu bebê</i>	0,16	0,40	0,41	43,7	.34
<i>6. A aparência enrugada do meu bebê</i>	-0,04	0,32	-1,24	38	.45
<i>7. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebê</i>	0,54	0,75	0,72	18	.44
<i>8. Ver agulhas e tubos colocado no meu bebê</i>	0,15	0,36	0,42	49	.34
<i>9. O meu bebê ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo</i>	-0,05	0,37	-1,34	41	.45
<i>10. Quando o meu bebê parecia estar com dor</i>	0,14	0,41	0,35	44	.37
<i>11. Quando o meu bebê parecia triste</i>	0,56	0,46	0,12	38	.45
<i>12. A aparência mole e fraca do meu bebê</i>	-0,13	0,48	-0,28	39	.39
<i>13. Movimentos bruscos ou agitação do meu bebê</i>	0,30	0,38	0,78	45	.22
<i>14. O meu bebê não se capaz de chorar como os outros bebês</i>	0,17	0,52	0,32	24	.38

Relacionamento com o RN e Papel Parental					
<i>1. Estar separado do meu bebê</i>	-0,47	0,26	-1,78	40,3	.04*
<i>2. Não alimentar, eu próprio, o meu bebê</i>	-0,32	0,38	-0,84	44	.41
<i>3. Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebê (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho)</i>	-0,72	0,44	-1,66	39	.05
<i>4. Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebê quando quero</i>	-0,31	0,40	-0,76	45	.23
<i>5. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebê das cores e procedimentos dolorosos</i>	0,08	0,39	-0,21	48	.42
<i>6. Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebê durante este tempo</i>	-0,17	0,39	-0,44	52	.33
<i>7. Não ter tempo a sós com o meu bebê</i>	-0,60	0,39	-1,56	51	.06

* $p < .05$

**APÊNDICE Nº IV- TESTES DE HIPÓTESES POR ITEM DA ESCALA PARA A
MÉTRICA 2- NÍVEL GLOBAL DE STRESSE**

Tabela 12- Teste de hipóteses por item da Escala PSS:NICU para a Métrica 2- Nível Global de Stresse

Dimensão/Item	Diferença de média	Erro da diferença da média	t	gl	p
<i>Imagens e Sons</i>					
<i>1. A presença de monitores e equipamentos</i>	0,34	0,24	1,40	57	.08
<i>2. Os ruídos constantes de monitores e equipamentos</i>	0,30	0,30	0,98	57	.17
<i>3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores</i>	0,26	0,34	0,78	57	.22
<i>4. Os outros bebês doentes na sala</i>	-0,40	0,23	-1,75	57	.04*
<i>5. O grande número de pessoas que trabalha na unidade</i>	-0,79	0,20	-0,39	57	.35
<i>Aparência e Comportamento do RN</i>					
<i>1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele</i>	0,43	0,33	-1,28	57	.10
<i>2. Nódos negros. Cortes ou incisões no meu bebê</i>	0,33	0,39	0,85	57	.20
<i>3. A cor incomum do meu bebê (por exemplo, parecer pálido ou amarelo icterico)</i>	0,26	0,35	0,76	57	.23
<i>4. Padrões de respiração incomuns ou anormais do meu bebê</i>	0,07	0,45	0,15	57	.44
<i>5. O tamanho pequeno do meu bebê</i>	0,30	0,36	0,84	54,73	.20
<i>6. A aparência enrugada do meu bebê</i>	0,22	0,23	0,97	50,43	.17
<i>7. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebê</i>	0,42	0,35	1,23	55,66	.11
<i>8. Ver agulhas e tubos colocado no meu bebê</i>	-0,26	0,36	-0,73	57	.23
<i>9. O meu bebê ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo</i>	-0,29	0,35	-0,81	57	.21
<i>10. Quando o meu bebê parecia estar com dor</i>	0,40	0,43	0,94	57	.18
<i>11. Quando o meu bebê parecia triste</i>	0,32	0,43	0,74	57	.23
<i>12. A aparência mole e fraca do meu bebê</i>	0,08	0,43	0,19	57	.42
<i>13. Movimentos bruscos ou agitação do meu bebê</i>	0,36	0,35	1,04	57	.15
<i>14. O meu bebê não se capaz de chorar como os outros bebês</i>	0,15	0,29	0,508	57	.31

Relacionamento com o RN e Papel Parental					
<i>1. Estar separado do meu bebê</i>	-0,21	0,34	-0,68	57	.27
<i>2. Não alimentar, eu próprio, o meu bebê</i>	0,47	0,39	-1,21	57	.12
<i>3. Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebê (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho)</i>	-0,35	0,39	-0,91	57	.18
<i>4. Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebê quando quero</i>	-0,06	0,41	-0,16	57	.44
<i>5. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebê das cores e procedimentos dolorosos</i>	-0,02	0,43	-0,04	57	.49
<i>6. Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebê durante este tempo</i>	-0,05	0,41	-0,13	57	.45
<i>7. Não ter tempo a sós com o meu bebê</i>	-0,67	0,38	-1,77	57	.04*

* $p < .05$

APÊNDICE Nº V- TESTE DE HIPÓTESES POR ITEM DA ESCALA PARA A MÉTRICA 3- FREQUÊNCIA DE STRESSE

Tabela 13- Testes de hipóteses por item da escala PSS:NICU para a métrica 3- Frequência de Stresse

Dimensão/Item	X²	gl	p
Imagens e Sons			
<i>1. A presença de monitores e equipamentos</i>	0,407	1	.26
<i>2. Os ruídos constantes de monitores e equipamentos</i>	0,136	1	.36
<i>3. Os ruídos repentinos dos alarmes dos monitores</i>	0,141	1	.35
<i>4. Os outros bebês doentes na sala</i>	0,817	1	.18
<i>5. O grande número de pessoas que trabalha na unidade</i>	0,147	1	.35
Aparência e Comportamento do RN			
<i>1. Tubos e equipamentos no meu bebê ou perto dele</i>	3,11	1	.39
<i>2. Nódos negros. Cortes ou incisões no meu bebê</i>	0,427	1	.26
<i>3. A cor incomum do meu bebê (por exemplo, parecer pálido ou amarelo ictérico)</i>	0,013	1	.45
<i>4. Padrões de respiração incomuns ou anormais do meu bebê</i>	0,136	1	.36
<i>5. O tamanho pequeno do meu bebê</i>	0,461	1	.25
<i>6. A aparência enrugada do meu bebê</i>	0,036	1	.43
<i>7. Ter uma máquina (ventilador) a respirar pelo meu bebê</i>	2,26	1	.07
<i>8. Ver agulhas e tubos colocado no meu bebê</i>	1,19	1	.14
<i>9. O meu bebê ser alimentado por uma via intravenosa ou tubo</i>	0,954	1	.16
<i>10. Quando o meu bebê parecia estar com dor</i>	0,137	1	.36
<i>11. Quando o meu bebê parecia triste</i>	0,178	1	.34
<i>12. A aparência mole e fraca do meu bebê</i>	0,871	1	.18
<i>13. Movimentos bruscos ou agitação do meu bebê</i>	0,37	1	.44
<i>14. O meu bebê não se capaz de chorar como os outros bebês</i>	0,007	1	.47

Relacionamento com o RN e Papel Parental			
<i>1. Estar separado do meu bebê</i>	0,02	1	.965
<i>2. Não alimentar, eu próprio, o meu bebê</i>	0,608	1	.436
<i>3. Não ser capaz, eu próprio, de cuidar do meu bebê (por exemplo, trocar as fraldas, dar banho)</i>	0,442	1	.25
<i>4. Não ser capaz de pegar ao colo o meu bebê quando quero</i>	0,09	1	.46
<i>5. Sentir-me impotente e incapaz de proteger o meu bebê das cores e procedimentos dolorosos</i>	0,291	1	.30
<i>6. Sentir-me impotente acerca de como ajudar o meu bebê durante este tempo</i>	0,74	1	.39
<i>7. Não ter tempo a sós com o meu bebê</i>	3,724	1	.03*

* $p < .05$