

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA LUIZA PEREZ OLIVÉ DIAS

**ESTRESSE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS
EM UTI NEONATAL**

**PORTO ALEGRE
2018**

ANA LUIZA PEREZ OLIVÉ DIAS

**ESTRESSE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS
EM UTI NEONATAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação apresentado a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientadora Dr.^a Eliane Norma Wagner
Mendes

PORTO ALEGRE

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana seja apenas outra alma humana”.

Carl Gustav Jung

RESUMO

Introdução: A Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit – PSS: NICU é uma ferramenta utilizada internacionalmente para a análise dos níveis de estresse parentais, visando entender e determinar as potenciais fontes de estresse parental em UTIN, possibilitando assim, nortear as ações de enfermagem que auxiliem os pais no enfrentamento da crise relacionada à internação do filho. **Objetivo:** Investigar em periódicos científicos, as causas mais frequentes de estresse encontradas entre os pais de recém-nascidos internados em terapia intensiva com a aplicação da escala PSS-NICU. **Método:** revisão integrativa da literatura, com recorte temporal dos últimos 10 anos, de textos publicados em revistas indexadas, nas bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL, utilizando três descritores em português, inglês e espanhol, em pesquisas quantitativas e qualitativas. **Resultados:** Foram selecionados 15 artigos primários, de acordo com os critérios de inclusão, dois de pesquisas produzidas no Brasil e os demais em diferentes países. Em relação ao método, 66,7% eram estudos descritivos, 33,3% experimentais e 26,7% multicêntricos. Todos os estudos não experimentais avaliaram o estresse parental; os estudos quase e experimentais buscaram o efeito da intervenção sobre o estresse parental. Algumas das intervenções buscaram inserir os pais no cuidado ao bebê, outras objetivaram estreitar a relação deles com a equipe de saúde. Em relação ao estresse parental, 13,3% dos estudos abordou o estresse materno e os demais, o estresse dos pais e das mães, simultaneamente. Na amostra, as experiências estressantes estatisticamente significativas estavam relacionadas respectivamente aos seguintes domínios da PSS: NICU: “Alteração no papel de mãe/pai”; “Aparência e comportamento do bebê” e “Sons e imagens”. **Considerações finais:** A realização do estudo trouxe uma resposta quanto às causas mais frequentes de estresse encontradas entre pais e mães de recém-nascidos internados, e proporcionou um panorama geral do uso da PSS: NICU. O estresse parental, principalmente o materno, é uma situação real e presente no dia a dia da UTIN. Nesse contexto, a enfermagem assume um papel relevante e indispensável.

Descritores: Estresse psicológico; Unidades de terapia intensiva neonatal; Pais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA.....	6
2 OBJETIVOS.....	12
3 METODOLOGIA	13
3.1 Tipo de estudo.....	13
3.2 Coleta e organização dos dados.....	13
3.3 Análise dos dados.....	15
3.4 Aspectos éticos.....	15
4 RESULTADOS.....	16
5 DISCUSSÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERENCIAS.....	33
APÊNDICE A - instrumento para coleta de dados.....	38
ANEXO 1 - Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal PSS:NICU	39
ANEXO 2- Parecer de aprovação da COMPESQ.....	43

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

O termo estresse começou a ser utilizado a partir do século XIV, caracterizando situações de desafio, adversidade ou aflição. Em um conceito mais recente e do ponto de vista interdisciplinar, o estresse pode ser considerado um fenômeno psicossocial, que influencia o funcionamento neurofisiológico quando ocorre a percepção de ameaça real ou imaginária, interpretada pelo indivíduo como capaz de afetar a sua integridade física e/ou mental, e sendo ligado diretamente à capacidade de adaptação e mudança. (FARO; PEREIRA, 2013)

Para Abidin (1992), um autor classicamente relacionado a essa temática, o estresse vivido pelos pais é resultado das dificuldades experimentadas na relação com os filhos durante o desempenho do papel parental, que se manifesta como um comportamento de afastamento social e pela escassez de recursos para lidar com as situações potencialmente estressoras.

Em relação ao estresse parental, seu conceito remete a um “desequilíbrio desadaptativo”, no qual o pai ou a mãe ou ambos entendem possuir recursos insuficientes para lidar com as exigências e demandas no exercício do seu “papel parental”. (BRITO; FARO, 2016)

As cognições e crenças dos pais são elementos fundamentais que influenciam os seus comportamentos e que afetam a própria adaptação da sua criança, apesar de haver influência de variáveis sociais, ambientais, comportamentais e de desenvolvimento, no modo como os pais pensam e avaliam. (ABIDIN, 1992)

A participação dos pais no cuidado ao filho vem sendo amplamente incentivada e adotada em função de evidências que associam essa prática ao fortalecimento do vínculo com o bebê e à redução do estresse parental. Há provas demonstrando que o envolvimento dos pais no atendimento de bebês em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) produz melhores resultados ao neonato, reduz o estresse parental e facilita a ligação dos pais com seu novo infante. Desse modo, as políticas centradas na família que se concentram no envolvimento de pais em cuidados neonatais estão ganhando impulso em diferentes países. (PARK; WALTON-MOSS, 2012; SKREDEN et al, 2012).

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é, de acordo com uma revisão integrativa publicada em 2014, um ambiente fechado, desconhecido, repleto de rotinas, de sofisticados equipamentos e pouco acolhedor para os pais; o que, por si só, gera medo, insegurança, angústia e ansiedade, agindo como empecilho no contato dos pais com o neonato e desfavorecendo o valioso processo de interação e vínculo. (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde, mediante a portaria nº 930 de 10 de maio de 2012, definiu a Unidade Neonatal como o serviço de internação destinado ao cuidado integral ao recém-nascido (RN) grave ou potencialmente grave; estabelecendo, também, as diretrizes e objetivos da organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Conforme a portaria ministerial, a estrutura de uma unidade neonatal requer condições técnicas adequadas para a prestação de assistência especializada, em termos de instalações físicas, equipamentos e recursos humanos. Devendo, ainda, articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do recém-nascido que: necessita de ventilação mecânica em qualquer idade gestacional; está em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO_2 maior que 30%; possui menos de 30 semanas de idade gestacional; nasceu com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; necessita de cirurgias de grande porte; está no pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; necessita de nutrição parenteral. (BRASIL, 2012)

As condições neonatais supracitadas remetem ao cenário em que os pais precisarão ser inseridos para estar junto do seu bebê. Linda Dudek-Shriber (2004), em estudo que avaliou o estresse parental utilizando a escala PSS:NICU, identificou os principais estressores em pais de recém-nascidos de diferentes idades gestacionais (IG) ao nascer, internados em unidade de terapia intensiva neonatal. A autora apresentou como principal preditor para alto nível de estresse geral os casos com diagnóstico de problema cardiovascular no recém-nascido, comparado com qualquer diagnóstico. Outro resultado relevante foi o fato de que as mães apresentaram níveis de estresse muito mais altos que os pais. Outros preditores citados por sua significância foram o tempo maior de internação e a idade gestacional menor de 28 semanas.

Pais de recém-nascidos internados em terapia intensiva neonatal, segundo estudo qualitativo publicado em 2013, manifestam sentimentos de separação e de abandono, pela impossibilidade de sair com o bebê do hospital e de incapacidade de cuidar dos filhos em casa; sofrem com a perspectiva de perder o filho por associarem a internação em terapia intensiva com probabilidade de morte e, também, enfrentam mudanças impostas ao contexto familiar e social, procurando estabelecer novas redes de apoio. (OLIVEIRA et al, 2013)

A internação em UTIN gera grandes desafios para os pais, principalmente para as mães e para o neonato; pois, dentro do útero ele recebia estimulação contínua e geralmente prazerosa, oriunda da própria atividade materna, com gostos, sons, ritmos circadianos hormonais e temperaturas apropriadas. No período mais precoce da hospitalização, os estímulos recebidos pelo recém-nascido passarão a ser diferentes, haverá exposição a estímulos contínuos e potencialmente estressantes, como: dor, poluição sonora, fluxo intenso de pessoas, interrupção do ciclo do sono, luzes contínuas, manuseio, mudanças de temperatura e procedimentos invasivos dolorosos. (WHITE, 2011)

A abordagem inicial em UTIN visa avaliar se o recém-nascido (RN) apresenta uma adequada transição da vida fetal para a vida natal ou se necessita de algum suporte para manutenção da temperatura e das funções respiratória, cardiocirculatória, nutricional e metabólica. A temperatura do RN é estabilizada através de fonte de calor irradiante ou incubadora. Esse ajuste tem como objetivo não exigir alto consumo energético para regulação da temperatura. Em alguns casos é necessária assistência respiratória ou oxigenoterapia para manter o aporte adequado. De acordo com a necessidade, utiliza-se pressão positiva contínua por via aérea (CPAP nasal) ou ventilação mecânica. Também pode ser utilizada a ventilação de alta frequência e a intermitente sincronizada com óxido nítrico, quando pertinente. (CAMPOS; BURNS; LOPEZ, 2014)

Referente ao manejo nutricional, o leite humano é a principal escolha a ser ofertada, sendo substituído em casos de contra-indicação do aleitamento e de situações relacionadas à mãe e ao bebê. Algumas vezes se faz necessário uso de nutrição parenteral e nutrição enteral por sonda. (CAMPOS; BURNS; LOPEZ, 2014)

A permanência do RN em UTIN deve ser suficiente para identificação dos problemas neonatais, estabilidade fisiológica e permitir orientação e treinamento adequado dos pais, assegurando a correta transição dos cuidados hospitalares para

domiciliares. O tempo necessário de internação é diretamente proporcional aos motivos que determinaram a hospitalização do binômio mãe-bebê; depende, assim sendo, do estado de saúde de ambos, da habilidade e confiança da mãe para cuidar de si e do bebê, da adequação do ambiente domiciliar e da garantia do acesso aos serviços de saúde para o acompanhamento. (CAMPOS; BURNS; LOPEZ, 2014)

A presença da família durante a internação em UTIN implica em mudanças na organização diária do trabalho da equipe, demandando maior atenção dos profissionais aos pais; especialmente no que tange ao suporte e parceria com as mães, principal fonte de apoio afetivo ao neonato.

As mães e pais que participam do cuidado ao filho na UTIN, por outro lado, passam a conviver de modo mais intenso com as práticas profissionais. Por isso, esses pais carecem da compreensão e da avaliação dos profissionais para antecipar e minimizar as complicações da exposição ao estresse. (COSTENARO; CORREA; ICHISATO, 2017)

A escala denominada Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit – PSS: NICU é uma ferramenta utilizada internacionalmente para a análise dos níveis de estresse parentais, foi desenvolvida pela enfermeira Margareth Miles e visa entender e determinar as potenciais fontes de estresse parental em UTIN, possibilitando assim, nortear as ações de enfermagem que auxiliem os pais no enfrentamento da crise relacionada à internação do filho (MILES, 1987).

Publicada em 1987, a escala PSS: NICU totalizava 46 itens de avaliação, divididos em quatro domínios: Sons e Imagens, Aparência e o Comportamento do Bebê, Alteração no Papel de Mãe/Pai e Staff Behaviours and Communications.

Mais tarde, a autora em publicação conjunta, reorganizou alguns itens de avaliação e removeu um dos domínios. a escala PSS: NICU foi adaptada, resultando em um instrumento com 26 itens distribuídos nesses três domínios: Sons e Imagens, Aparência e o Comportamento do Bebê e Alteração no Papel de Mãe/Pai. (MILES; FUNK; CARLSON, 1993).

A segunda versão da PSS: NICU foi validada, no Brasil para a língua portuguesa, no ano de 2009, sendo realizados testes que demonstraram um alto grau de compreensão da escala pelos pais, sendo assim, aprovada para aplicação. Os três domínios foram traduzidos como: “Sons e imagens”, com seis itens; “Aparência e comportamento do bebê”, com treze itens e “Alteração no papel de mãe/pai”, com

sete itens. Em cada item há uma escala do tipo Likert, com números de um até cinco para resposta única e a alternativa NA (não se aplica). Cada número é correspondente ao nível de estresse materno frente à situação descrita, representando o número 1 ausência de estresse, o número 2 um pouco de estresse, o número 3 estresse moderado, o número 4 muito estresse e o número 5 um evento extremamente estressante; a alternativa NA corresponde a uma situação que não aconteceu com os pais até o momento. Dessa forma, os pais que são os respondentes, podem optar pelo valor que melhor represente sua percepção acerca dos estressores em potencial representados nos diferentes itens da escala.

O montante de respostas dos pais no instrumento PSS:NICU pode ser avaliada de três diferentes maneiras, chamadas de Métricas 1, 2 e 3. A Métrica 1 corresponde ao nível de ocorrência de estresse vivenciado em uma situação específica. Nessa métrica são computados apenas os valores em que os pais afirmam ter passado pela experiência relatada em cada um dos itens; ao passo que, os itens assinalados com NA (situação que não aconteceu com os pais) são excluídos do somatório. Os escores são então calculados pela média das respostas em cada item e na escala total; o denominador para determinar as médias é o número de itens relatados em cada domínio. A Métrica 2 se refere ao nível total de estresse, é o nível de estresse total causado pelo ambiente. Os pais que relatam não ter vivenciado um dos itens recebem nota um, que indica que não houve estresse. As notas são calculadas pela média das respostas por cada item e na escala total; o denominador para determinar a média de cada domínio é o número de itens. Na Métrica 3, estima-se o número total de experiências em cada um dos três domínios; é calculado contando o número de respostas afirmativas dos pais nos itens de cada domínio. Os números são somados para obter o número total de experiências na PSS:NICU pelas quais que os pais passaram. (MILES; FUNK; CARLSON, 1993; SOUZA; DUPAS; BALIEIRO, 2012)

O estresse parental, tanto materno quanto paterno constituem uma situação real e presente no dia a dia da UTIN, que merece a atenção de todos os membros da equipe de saúde. Nesse contexto, a enfermagem assume um papel relevante e indispensável; necessitando, portanto, aprofundar-se nesse tema que é tão relevante para a prática. (COSTENARO; CORREA; ICHISATO, 2017)

Emerge como questão norteadora para esse estudo a seguinte indagação: quais são as causas mais frequentes de estresse encontradas entre os pais de

recém-nascidos que internam em terapia intensiva? A resposta para essa pergunta foi obtida a partir da consulta a artigos primários produzidos a partir da aplicação da escala PSS-NICU.

Ao aprofundar o conhecimento sobre esse tema buscou-se informações acerca dos principais fatores responsáveis pelo estresse parental em ambiente de terapia intensiva neonatal; de tal forma que essas informações venham a auxiliar os profissionais de saúde no planejamento de ações voltadas a prevenir o estabelecimento do estresse parental e a otimizar a afetiva inclusão da família no contexto do cuidado ao recém-nascido.

2 OBJETIVOS

Investigar em periódicos científicos, as causas mais frequentes de estresse encontradas entre os pais de recém-nascidos internados em terapia intensiva com a aplicação da escala PSS-NICU

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Este estudo se fundamenta nas diretrizes de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método de Revisão Integrativa (RI). A RI do tipo empírica permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. Ela vem sendo amplamente utilizada em pesquisas da área de saúde e é considerada uma estratégia eficaz para fundamentar as práticas, além de apontar lacunas de conhecimento que necessitem ser preenchidas em estudos futuros. O método de RI foi desenvolvido de acordo com os preceitos da prática baseada em evidências, que alicerça a tomada de decisão, sendo sempre consideradas as particularidades no contexto do cuidado. (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; GIL, 2010; SOARES et al, 2014)

As etapas definidas para a elaboração da revisão foram: o estabelecimento da questão de pesquisa ou formulação do problema, a busca ou coleta de dados na literatura, a avaliação dos dados, a análise dos estudos ou dados, a interpretação dos resultados e a apresentação da revisão ou divulgação dos dados (CROSSETTI, 2012; SOARES et al, 2014)

3.2 Coleta e organização dos dados

A busca eletrônica dos artigos primários foi realizada em junho de 2018, em revistas indexadas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (Medline) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). Foram utilizados os seguintes descritores padronizados pela classificação de descritores em Ciências da Saúde (DeCs) para a busca nos repositórios: “Estresse psicológico, Unidades de terapia intensiva neonatal, País”.

Os critérios de inclusão dos artigos selecionados foram: estar publicado na íntegra e indexado nas bases de dados selecionadas, nos idiomas português, espanhol e inglês; abordar a temática escolhida; e no recorte temporal dos últimos 10 anos. Foram excluídos os artigos com acesso restrito ou pago.

Para a organização e catalogação dos dados oriundos dos artigos previamente selecionados, foi utilizada uma ficha produzida para esse fim; onde constavam as seguintes informações: título do artigo, periódico, autores, país, idioma, ano e tipo de publicação, objetivo, amostra, instrumento de coleta de dados e escalas utilizados, uso da PSS:NICU, intervenções, resultados, implicações, Clareza na identificação da trajetória metodológica e identificação de limitações e vieses. (Apêndice A)

A Figura 1 apresenta, no formato PRISMA, como se deu a formação da amostra, a partir da identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos nas bases de dados e aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão. (MOHER et al, 2010)

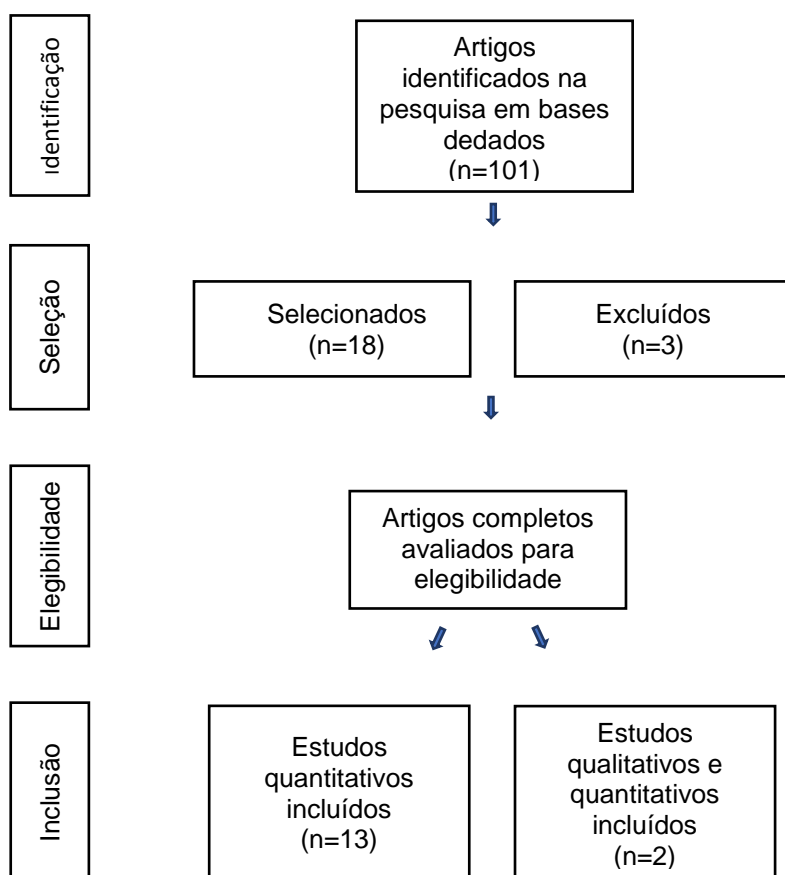


Figura 1- Fluxograma de processos de identificação, seleção e inclusão dos estudos

3.3 Análise dos dados

Os 15 artigos que compuseram a amostra e atenderem aos critérios de inclusão e de exclusão foram organizados utilizando-se um sistema de fichamento. Assim, cada artigo foi identificado segundo o título, os autores, o ano de publicação, o idioma, o país de origem da pesquisa, o nome e a origem do periódico. Os artigos foram classificados segundo o fator de impacto determinado pelo tipo de pesquisa. As revistas de inserção nacional foram classificadas de acordo com o QualisCAPES e revistas de inserção internacional foram classificadas pelo fator de impacto emitido pelo In Cites JournalCitationReports (JCR) ou pelo ScimagoJournal& Country Rank (SJR).

Para a análise, os artigos selecionados foram lidos na íntegra, possibilitando a avaliação completa do objetivo, do desenho do estudo, das características da amostra, dos resultados obtidos com a PSS:NICU, das limitações e de recomendações dos autores.

Os estudos foram classificados como: experimentais, quase experimentais e em não experimentais. (POLIT; BECK, 2011)

O desenho do estudo foi utilizado para categorizar o nível de evidência em relação aos resultados; assim, foram classificados em nível 1, revisão sistemática, ou metanálise de ensaios clínicos controlados; nível 2, ensaio clínico controlado randomizado; nível 3, ensaio clínico controlado sem randomização; nível 4, estudos de coorte ou caso-controle; nível 5, revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos; nível 6, estudos descritivos ou qualitativos. (GALVÃO, 2006)

3.4 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) antes do início de coleta de dados (Anexo 2).

Os autores dos artigos selecionados têm seus direitos autorais preservados, de acordo com a Lei nº 9.610, de fevereiro de 1998 (BRASIL, 1998), ao serem devidamente referenciados, de acordo com as normas da NBR 6023:2002 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002).

4 RESULTADOS

Ao total, foram encontrados 101 estudos na pesquisa por bases de dados. Na busca em LILACS, foram encontrados cinco artigos, dos quais dois foram incluídos na revisão; PUBMED: 79 encontrados e seis incluídos; CINHALL 17 encontrados e sete incluídos.

Os 15 artigos incluídos neste estudo foram publicados nos anos de 2008 a 2018, em maioria por revistas de enfermagem, 80% em Inglês, 13,3% em português e 6,7% em espanhol. As pesquisas foram realizadas nos seguintes países: 20% na Austrália, 13,3% no Brasil, 13,3% nos Estados Unidos, 6,7% na Colômbia, 6,7% no Chile, 6,7% na Índia, 13,3% na Itália, 6,7% no Japão e Nova Zelândia, 6,7% em Portugal e 6,7% na Turquia; sendo quatro estudos multicêntricos.

Em relação ao método, os estudos I e N estudaram somente as mães e os demais, mães e pais. 67% eram estudos não experimentais, 20% experimentais e 13% quase experimentais; do total dos estudos 26,7% eram multicêntricos. Os estudos que compõem a revisão foram classificados em duas modalidades: artigos que utilizaram a escala PSS:NICU como ferramenta de análise do estresse parental e artigos em que a escala foi utilizada concomitante a uma intervenção para avaliação dos efeitos sobre o estresse dos pais. Onze estudos utilizaram a versão da PSS:NICU com três domínios e quatro estudos a escala com quatro domínios.

Todos os estudos não experimentais avaliaram o estresse parental; os estudos quase experimentais e experimentais buscaram o efeito da intervenção sobre o estresse parental. Algumas das intervenções buscaram inserir os pais no cuidado ao bebê, outras objetivaram estreitar a relação deles com a equipe de saúde.

A categorização dos artigos selecionados é apresentada nas Figuras 2 e 3.

Figura 2 – Características gerais dos artigos selecionados

	Título	Autores	Ano	País de origem da pesquisa	Revista (País)	QualisCAPES2016:Área Fator de impacto JCR ou SJR	Nível de evidência
A	Estrés y Factores Relacionados en Padres conHijosenlaUnidad de Cuidado Intensivo Neonatal	GIRALDO, Dora Isabel et al.	2013	Colômbia	Horizonte de Enfermería (Chile)	Qualis:B3 Enfermagem	6
B	Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	STÜBE, Mariléia et al.	2018	Brasil	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (RENE) (Brasil)	Qualis:B1 Enfermagem	6
C	Parent Responses to Stress: PROMIS in the NICU	BUSSE, M. et al.	2013	EUA	Critical Care Nurse (EUA)	JCR: 1.707	6
D	Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units	BAÍA, Inês et al.	2016	Portugal	Early Human Development (Irlanda)	JCR: 2.025	6
E	The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale – Neonatal Intensive Care Unit	TURNER, Melanie et al.	2015	Austrália	Women and Birth (Holanda)	Qualis:A1 Enfermagem JCR: 1.822	6
F	Stress in parents of newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit	PALMA, Elisa et al.	2017	Chile	Revista Chilena de Pediatría (Chile)	Qualis:B4- Medicina II	6
G	Avaliação da percepção do cuidado centrado na família e do estresse parental em unidade neonatal	BALBINO, Flávia S.; BALIEIRO, Maria M. F. G.; MANDETTA, Myriam A.	2016	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem (Brasil)	Qualis:A1- Enfermagem JCR: 0,712	3
H	Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study	BERNARDO, Giuseppe et al .	2017	Itália	Italian Journal of Pediatrics (Inglaterra)	Qualis:B4 Medicina II JCR: 1,776	3

	Título	Autores	Ano	País de origem da pesquisa	Revista (País)	QualisCAPES2016:Área Fator de impacto JCR ou SJR	Nível de evidência
I	Maternal stress and depressive symptoms associated with quality of developmental care in 25 Italian Neonatal Intensive Care Units: A cross sectional observational study	MONTIROSSO, Rosario et al.	2014	Itália	International Journal of Nursing Studies (Inglaterra)	Qualis:A1-Enfermagem JCR: 3,656	4
J	Parental Support in Neonatal Intensive Care Units: A Cross-Cultural Comparison between New Zealand and Japan	ICHIJIMA, Emiko; KIRK, Ray; HORNBLow, Andrew.	2011	Japão e Nova Zelândia	Journal of Pediatric Nursing (EUA)	Qualis:A1- Enfermagem JCR: 3,656	6
K	Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: A cross-sectional survey	D'SOUZA, Sonia R. B. et al.	2009	Índia	Journal of Neonatal Nursing (Inglaterra)	Qualis:B3 Medicina II JCR: 0,50	6
L	Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit	SWEET, Linda; MANNIX, Trudi.	2012	Austrália	Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing (Austrália)	SJR: 0,199	6
M	Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit	TURAN, Türkan; BAŞBAKKAL, Zümrüt; ÖZBEK, Şenay.	2008	Turquia	Journal of Clinical Nursing (Inglaterra)	Qualis:A1-Enfermagem JCR: 1,635	2
N	Effect of Skin-to-Skin Holding on Stress in Mothers of Late-Preterm Infants	SAMRA, Haifa et al.	2015	EUA	Advances in Neonatal Care (USA)	Sem Qualis JCR: 1,443	2
O	Parental presence on neonatal intensive care unit clinical bedside rounds: randomized trial and focus group discussion	ABDEL-LATIF, Mohamed et al.	2015	Austrália	British Medical Journal (Inglaterra)	Qualis:A1- Medicina II JCR: 23,562	2

Figura 2 – Características gerais dos artigos selecionados (DIAS, 2018)

Figura 3- Caracterização dos estudos segundo objetivo, metodologia, resultados e limitações

	Desenho	Versão PSS:NICU	Objetivo	Amostra	Principais resultados	Limitações
A	Não Experimental	Versão 1987 4 domínios	Identificar o nível de estresse e fatores relacionados em pais de crianças em UTIN Bolivariana	50 pais: Não discrimina mães de pais	Idade Média pais: 30,6 anos -Estresse geral: 28% pouco estressante, 24% extremamente estressante, $p < 0,005$ -Maiores níveis de estresse no domínio da “Alteração no Papel de Mãe/Pai”	N pequeno; PSS: NICU não validada no país.
B	Não Experimental	Versão 1993 3 domínios	Avaliar nível de estresse dos pais de recém-nascidos em UTIN.	57 pais: 56,1% mães 43,9% pais	Idade média pais: 50,9% 20-30anos RN: 100% prematuros: 40,6% moderados e 25,0% extremos 90,6% pequenos para a IG; 78,1% cesarianas. -Domínio: “Alteração no Papel de Mãe/Pai”, somatório de escores “muito estressante” e “extremamente estressante”: - Internação; mãe=72,3%; pai=67,2%. - Alta; mãe=57,5%; pai=72,1% $p < 0,001$ comparando níveis de estresse para mãe e pai na internação e na alta.	N pequeno; método transversal dificulta a observação da subjetividade do estresse.
C	Não Experimental	Versão 1993 3 domínios	Testar a relação entre o estresse associado à hospitalização de um bebê na UTIN e as respostas dos pais. Instrumento PROMIS para avaliar ansiedade, depressão, fadiga e interrupção do sono.	30 pais: 22 mães 8 pais	IG 30,2s média; 32,17 média idade pais; 66.7% cesariana -Domínios: “Alteração no papel de Mãe/Pai”-maior fonte de estresse – escore médio=3,25 (SD 0,99) “Sons e Imagens” menor fonte de estresse – escore médio 2,37 (SD 0,81). “Aparência e o Comportamento do Bebê”, “Alteração no Papel de Mãe/Pai”, e a estresstotal foram correlacionados com ansiedade, depressão e distúrbios do sono (PROMIS); Alteração no Papel de Mãe/Pai foi significativamente relacionada com fadiga.	N pequeno; estudo unicêntrico; pais ou a mãe participaram- não podendo determinar diferenças de gênero; pais de crianças com risco clínico não foram incluídos.

	Desenho	Versão PSS:NICU	Objetivo	Amostra	Principais resultados	Limitações
D	Não Experimental Multicêntrico	Versão 1993 3 domínios	Identificar fontes de estresse em pais de neonatos pré-termo internados em UTIN e sua associação com características sócio demográficas.	211 pais: 120 mães 91 pais	70% das mães e 75% pais: 30 ou mais anos de idade; RN: 30% extremo baixo peso ao nascer; 20% prematuros extremos. -Estresse geral pais de RN muito prematuro: Mães: experiência muito estressante- (P25-P75)mediana: 4.0; Pais: experiência estressante- (P25-P75) mediana: 3. -Domínio "Alteração no Papel de Mãe/Pai" foi classificado como mais estressante: mães (P25-P75) mediana: 4.1; Pais- (P25-P75) mediana: 3.2. -Mulheres com gestações múltiplas: níveis mais baixos de estresse em "Alteração no Papel de Mãe/Pai": $p=0,023$ e estresse total: $p=0,020$. -Pais mais jovens (<30 anos): níveis elevados de estresse em todos os domínios e estresse geral; ter 30 ou mais anos de idade : preditor para diminuição do estresse total e nos domínios. -Pais de bebês extremamente prematuro ($p=0.013$) ou com extremo baixo peso ao nascer ($p=0,002$) revelaram níveiselevados de estresse total e no domínio "Aparência e o Comportamento do Bebê"($p=0,012$).	Medidas de estresse auto relatado podem não ser adequadas para avaliar homens, por complexidades de gênero; fatores culturais podem influenciar a expressão do estresse.
E	Não Experimental	Versão 1993 3 domínios	Identificar os elementos mais estressantes para os pais na UTIN.	73 pais: 61 mães 12 pais	Idade média pais: 30,8 anos RN: 95% prematuros Maiores níveis de estresse no domínio "Alteração no Papel de Mãe/Pai", escore médio: 3,47. IG- Correlacionada com todos os domínios. -Domínio "Aparência e o Comportamento do Bebê" correlacionado com: IG e gestação gemelar.	Dados incompletos; n pequeno; falta de comparação de estresse em diferentes momentos; participação de alguns pais no grupo de apoio da UTIN (53%).
F	Não Experimental	Versão 1987 4 domínios	Determinar o nível de estresse de pais de recém-nascidos internados em UTIN e sua associação com variáveis clínicas e sócio demográficas.	100 pais: 57 mães; 43 pais	Idade média: mães: 34 anos; pais: 36 anos. IG <37 semanas em 77%; 87% parto cesárea. -Domínio: "Alteração no Papel de Mãe/Pai"- maiores escores de estresse para mães e pais, escore médio: 3.23 (SD0.92). Não houve diferença significativa de estresse entre mães e pais. -Domínios com baixo nível estresse: "Sons imagens", escore médio: 2.70 (SD0,77) e "Staff Behaviours and Communications",	Não foram analisados outros fatores que podem influenciar nos níveis de estresse parental.

					escore médio: 2,30 (SD0,94)	
	Desenho	Versão PSS:NICU	Objetivo	Amostra	Principais resultados	Limitações
G	Quase Experimental	Versão 1993 3 domínios	Avaliar os efeitos da implementação do Modelo de Atendimento Centrado na Família e Paciente no estresse parental.	132 pais: G. Controle: 40 mães 26 pais; G. Intervenção: 44 mães 22 pais	RN IG <37semanas: G. controle: 53,2%; G. intervenção: 49%. -Domínio "Alteração no Papel de Mãe/Pai": estresse G. controle: muito estressante; G. intervenção: moderadamente estressante; níveis de estresse pós-intervenção menores nos itens: estar separada(o) do meu bebê, p=0,042; não poder segurar meu bebê quando quero, p=0,027; e sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo, p=0,010. "Aparência e o Comportamento do bebê", níveis de estresse maiores no G. intervenção, no item referente ao tamanho do bebê.	O estresse parental é multifatorial.
H	Quase Experimental	Versão 1993 3 domínios	Comparar a satisfação e níveis de estresse dos pais dentro entre os grupos (Atendimento Centrado na Família e Paciente e grupo controle) Objetivo secundário: avaliar o ganho de peso do bebê 60 dias após admissão.	96 pais: G. Intervenção: 24 mães 24 pais; G. Controle: 24 mães 24 pais	Idade média pais: 34,81 anos G. intervenção; 35,65 anos G controle. IG média 32,7 semanas G. intervenção; 34,2 semanas G controle -Domínio "Aparência e o Comportamento do Bebê" - fonte de estresse para os pais de ambos os grupos. G intervenção: menos estresse totalcomparado ao G. controle, com significância estatística p<0,05 -Domínio "Alteração no Papel de Mãe/Pai" - redução de estresse no G. controle comparado ao G. intervenção. Não houve diferença estatística de estresse entre mães e pais.	N pequeno; não foi possível identificar as variáveis sócio demográficas que influenciem o estresse; os pais que moravam em distancias maiores do hospital não foram selecionados a participar do estudo.
I	Não Experimental Multicêntrico	Versão 1993 3 domínios	Investigar até que ponto o cuidado prestado em 25 UTIN na Itália influência no estresse e na depressão materna.	358 mães 180 G. controle 178 G. intervenção	RN: G. intervenção: IG ≤29s ou peso ao nascer ≤1500g e G. controle: IG37semanas e peso ao nascer >2500g. -Domínio: "Aparência e o Comportamento do Bebê" - Mães de prematuros em UTIN com alto cuidado com "The Infant Pain Management"- escores mais altos de estresse média3,49 (SD0,92)p≤0,05, (MANOVA) comparado com mães de UTIN de cuidado elevado com "The Infant Pain Management" média 3,01(SD0,91).	Autor não aponta limitações.

	Desenho	Versão PSS:NICU	Objetivo	Amostra	Principais resultados	Limitações
J	Não Experimental Multicêntrico	Versão 1993 3 domínios	Examinar as fontes de estresse parental e fatores relacionados, em duas UTIN: Nova Zelândia e Japão.	121 pais: N. Zelândia: 31 mães 30 pais Japão: 30 mães 30 pais	Idade média pais: N. Zelândia: mães:31 anos; pais:35 anos. Japão: mães: 32 anos; pais: 33 anos. IG: 31semanas e 2dias. - Mães de N.Z., as características relacionadas à alimentação dos bebês influenciaram os níveis de estresse nos domínios: “Sons e Imagens”, $p=0,023$; e “Aparência e o Comportamento do Bebê”, $p= 0,01$, havendo aumento dos níveis de estresse conforme o tempo prolongado de alimentação via sonda. - Mães do Japão: domínio ‘Aparência e o Comportamento do Bebê” associado com menor IG e nível médio de escolaridade; domínio “Alteração no Papel de Mãe/Pai” correlacionado com duração da alimentação via sonda, $p=0,053$ e com alimentação via sonda, $p=0,01$. - Pais N.Z: maior IG correlacionado com maiores níveis de estresse nos domínios: “Aparência e o Comportamento do Bebê” $p<0,001$ e “Alteração no Papel de Mãe/Pai” $p=0,004$. Menor idade do pai correlacionada com o último domínio $p=0,037$. - Pais Japão: Domínio “Aparência e o Comportamento do Bebê” correlacionado com proibição de o bebê receber outras visitas ou não $p=0,04$ e com duração da alimentação via sonda $p=0,015$. Domínio “Alteração no Papel de Mãe/Pai” correlacionado com duração da alimentação via sonda $p=0,003$ e maior tempo de deslocamento até o hospital $p=0,04$.	Autor não aponta limitações.
K	Não Experimental Multicêntrico	Versão 1997 4 domínios	Investigar as inter-relações entre estresse, enfrentamento e apoio de enfermagem de pais de bebês prematuros.	100 pais: 62 mães 38 pais	Média idade: mães 27,52 anos ; pais:36,39 anos. RN: IG<37semanas -Alto nível de estresse nos três domínios: “Alteração no Papel de Mãe/Pai”(79%), “Sons e Imagens” (78%) e “Aparência e o Comportamento do bebê” (75%). -Domínio “Staff Behaviours and Communications: baixo nível de estresse (54%).	Apenas 59% dos pais não estavam disponíveis para participar da pesquisa.

					-Mães: níveis de estresse total mais altos em comparação com os pais.	
	Desenho	Versão PSS:NICU	Objetivo	Amostra	Principais resultados	Limitações
L	Não Experimental	Versão 1993 3 domínios	Explorar os níveis de estresse em pais com bebês em UTIN na Austrália e identificar as propriedades psicométricas da PSS: NICU.	40 pais: 24 mães 16 pais	IG: média 28.2 semanas. -Níveis de estresse maternos mais altos comparado aos dos pais, em todos os domínios- sem diferença estatística. -Domínio "Alteração no Papel de Mãe/Pai"-níveis de estresse parental mais altos; mães: escore médio 3,28 (SD0,79) e pais: escore médio 3,03 (SD0,92). -Maior nível de estresse materno correlacionado com: menor IG.	N pequeno; demora em aplicar a escala, podendo influenciar nos resultados; PSS: NICU não leva em conta outros fatores que interferem no estresse.
M	Experimental	Versão 1993 3 domínios	Determinar o efeito de intervenções de enfermagem sobre os níveis de estresse de mães e pais de bebês prematuros em uma UTIN.	36pais e mães G. Controle: 19; G. Intervenção: 17	IG: G. controle31,45semanas; G. intervenção: 31,05semanas Média idade pais: G. controle:25 anos; G. intervenção:24,7 anos. Domínios: "Alteração no Papel de Mãe/Pai": mães G. controle escore médio 4,23 (SD0,45); mães G. intervenção escore médio 3.36 (SD0,37). P<0,05. "Sons e Imagens": Mães G controle média 2,56 (SD0,73); Mães G. intervenção média 2,03 (SD0,70). P<0,05. -Estresse total mães: G. controle média 3,37 (SD0,57); G. Intervenção média 3,14 (SD0,51); p<0,05. -Estresse total: pais níveis mais altos comparado com as mães p<0,005. -Mães G. controle- correlação de níveis de estresse com: IG, peso ao nascer, idade materna, frequência de visitas à UTIN e ocorrência evento estressante no último ano; p<0,05 -Pais G. controle- correlação de níveis de estresse com: IG, idade paterna e ocorrência evento estressante no último ano; p<0,05. -Pais G. intervenção- correlação de níveis de estresse com ocorrência de evento estressante no último ano; p<0,05.	Autor não aponta limitações

	Desenho	Versão PSS:NICU	Objetivo	Amostra	Principais resultados	Limitações
N	Experimental	Versão 1987 4 domínios	Examinar o efeito do cuidado pele a pele sobre a percepção do estresse entre mães que forneceram pele a pele para seus bebês prematuros e grupo controle.	30 mães G. Intervenção: 19 G. Controle: 11	Média idade mães: 25 anos. RN: IG média 35 semanas; Peso ao nascer: média 2566g; Parto via cesárea: 30%. Não houve diferença estatística de estresse entre os dois grupos. -Horas de duração do contato pele a pele- correlação com: estresse total $p=0,001$ e com os domínios: “Aparência e o Comportamento do Bebê” $p=0,001$ e “Alteração no Papel de Mãe/Pai” $p=0,02$.	N limitado; talvez não haja adaptação das mães na UTIN, gerando maiores níveis de estresse no G. intervenção; escala não considera outras fontes de estresse; ansiedade e depressão podem influenciá-la na percepção de estresse.
O	Experimental	Versão 1993 3 domínios	Avaliar a influência da participação de pais de bebês internados em UTIN em rounds multidisciplinares à beira do leito.	63 pais: 53 mães 10 pais	Média idade pais: 30,6 anos. RN: IG média 31 semanas; Peso ao nascer: média 1696g. -Não houve diferença estatística de estresse entre os dois grupos. -Não foram encontradas correlações entre variáveis e níveis de estresse.	N pequeno; estudo unicêntrico; somente 75% completaram a intervenção; escala pode induzir as respostas.

Figura 3- Caracterização dos estudos segundo objetivo, metodologia, resultados e limitações (DIAS, 2018)

5 DISCUSSÃO

A partir desse estudo de revisão foram identificadas as causas mais frequentes de estresse encontradas entre os pais de recém-nascidos internados em UTIN apontadas por 15 diferentes artigos primários que utilizaram a escala PSS-NICU como recurso metodológico.

Em relação aos dados apresentados na Figura 3, os autores da amostra estudada, encontraram que as experiências estressantes estatisticamente mais significativas estavam relacionadas aos seguintes domínios: “Alteração no papel de mãe/pai”, “Aparência e comportamento do bebê” e “Sons e imagens”. Em relação a isso, dos 15 artigos incluídos, 80% mencionaram “Alteração no papel de mãe/pai”, 60% citaram a “Aparência e comportamento do bebê” e 27% apontaram “Sons e imagens” como os domínios da escala contendo as experiências significativamente estressantes.

O Domínio “Alteração no papel de mãe/pai” pontuou os maiores níveis de estresse, em sete dos estudos incluídos, variando entre muito estressante e extremamente estressante, para mães e pais, evidenciando o impacto que gera o afastamento parental, ocasionado pela limitação em prestar cuidados ao RN em ambiente de UTIN e pela separação. Deve-se considerar que, para boa parte dos bebês, a relação com os pais se inicia na UTIN e a relação e o vínculo se estabelecem através da participação, incluindo a presença, segurar o bebê e participar dos cuidados e procedimentos.

Os autores dos estudos selecionados utilizaram duas diferentes versões da escala PSS:NICU: a versão do ano de 1987, que possuía o quarto domínio: “Staff Behaviours and Communications”, utilizada em quatro dos estudos da amostra: A, F, K, e N e a versão de 1993 com três domínios, que foi utilizada nos estudos: B, C, D, E, G, H, I, J, L, M e O.

Alguns dos estudos analisados nesta revisão apresentaram variações na apresentação de seus resultados quanto à análise dos níveis de estresse por itens estressores, domínios e por valor geral de estresse, encontradas nas versões de 1987 e de 1993 da PSS:NICU. No estudo A, por exemplo, os autores apresentam os resultados através de valores relativos de estresse, sem citar os valores absolutos e categorizam seus resultados entre manifestar estresse, independente da

intensidade, não apresentar estresse e não vivenciar a experiência. Já, no estudo K, os níveis de estresse são categorizados em três níveis: alto, moderado e baixo.

Os demais estudos da amostra avaliaram os resultados em valores absolutos e de acordo com os diferentes níveis de estresse empregados pela escala PSS:NICU; além disso, foram encontrados estudos que avaliaram os níveis de estresse agrupando o pai com a mãe, o que pode dificultar a interpretação dos resultados.

Quanto a isso, Miles, Funk e Carlson (1993) em estudo anterior sobre o desenvolvimento da Parental StressorScale: Neonatal IntensiveCare Unit, apresentaram os aspectos metodológicos da escala e categorizaramos níveis de estresse entre 1 (pouco estressante) e 5 (extremamente estressante). No caso dos pais não experienciarem alguma das situações abordadas, esses autores classificaram o evento como “não experienciado”. Não foram apontadas outras maneiras de agrupar ou categorizar os níveis de estresse através da escala PSS:NICU. Os autores recomendaram o uso da escala para recém-nascidos a termo ou pré-termo, que o instrumento fosse aplicado até o quinto dia de internação do RN em UTIN.

Os artigos incluídos apresentaram variações entre os momentos de aplicação da escala, alternando entre o período de internação e de alta. Os estudos multicêntricos mostraram maiores variações e flexibilização do período de aplicação do instrumento. Além disso, quando houve intervenções utilizaram o instrumento no momento da internação e da alta, para a avaliação dos desfechos.

Outra questão relevante foi o aumento do estresse dos pais (homens) do estudo multicêntrico J, em relação à Nova Zelândia, no domínio “Aparência e o Comportamento do Bebê”. Nesse, os autores relacionaram a elevação do estresse com o tempo de permanência na UTIN e com a aproximação da alta hospitalar, o que para os autores, demandaria o preparo dos pais frente ao momento da alta.

Por outro lado, o estudo não experimental B, realizado no Brasil, ao comparar os níveis de estresse durante a internação e na alta, obteve resultados interessantes quanto à diminuição dos níveis de estresse na alta.

Foram constatadas também diferenças na seleção da população entre os estudos, havendo dois estudos em que as amostras são compostas exclusivamente por mães (I e N), nos demais, as amostras são compostas por pais e mães.

Por outro lado, alguns autores optaram por incluir mães e pais de recém-nascidos prematuros no estudo, outros, apesar de não limitarem a idade gestacional, incluíram na sua amostragem e pais de bebês prematuros.

É importante salientar que existem evidências de que a prematuridade pode gerar aumento significativo nos níveis de estresse parental, do ponto de vista emocional (KLAUS; KENNEL; FANAROFF, 2015). Alguns dos trabalhos desta revisão abordam a prematuridade, demonstrando que fatores ligados à prematuridade impactam diretamente nos níveis de estresse; pais e mães de bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer apresentam níveis mais elevados de estresse geral, e relacionados aos domínios “Aparência e o Comportamento do Bebê” e “Alteração no Papel de Mãe/Pai”.

Em estudos recentes, citados por Klaus, Kennel e Fanaroff (2015), foram descobertas taxas elevadas de “patologia psicológica e estresse traumático” nos pais e mães dos bebês em unidade de tratamento intensivo neonatal. Segundo esses autores, foram encontrados sinais de “ transtorno de estresse agudo” em pais e mães três a cinco dias após a hospitalização, e de “transtorno de estresse pós-traumático” nos pais e mães 30 dias depois.

As barreiras físicas e emocionais ocasionadas pela internação na UTIN influenciam negativamente no envolvimento parental com o bebê prematuro, levando a visitas mais curtas e menos frequentes. O estresse parental é multifatorial, demandando apoio e intervenções de enfermagem individualizadas, que promovam a participação nos cuidados ao RN e que auxiliem na construção e manutenção do vínculo, minimizando a sensação de vulnerabilidade parental e de separação. (PROVENZI et al, 2016)

Os prematuros possuem aparência física impactante e podem necessitar de procedimentos e uso de equipamentos, que geram aflição; além disso, eles podem perceber os equipamentos como barreira de contato físico e afetivo com o seu bebê. Afirma-se que a interrupção da gestação pode afetar a experiência do parto, a aproximação com o RN e o desenvolvimento do papel parental; a experiência de tornar-se pai e mãe de um bebê prematuro gera muita comoção, principalmente quando o bebê é internado em UTI. As mães e pais veem-se diante do desafio de lidar com vários estressores ambientais de UTIN, incerteza do prognóstico, dúvidas e limitações em prestar cuidados ao bebê. (DUDEK-SHRIBER, 2004; PROVENZI et al, 2016)

Os estudos C, E, J, L e M demonstraram associação do estresse parental com: gestação gemelar, idade gestacional, peso ao nascer, alimentação via sonda e tempo de duração, idade e escolaridade parentais, frequência de visitas à UTIN e tempo de deslocamento até o hospital, proibição de o bebê receber outras visitas ou não, ocorrência evento estressante no último ano, depressão, ansiedade, distúrbio de sono e com o cuidado pele a pele.

A hospitalização gera separação do binômio mãe/bebê, em momento primordial à formação do vínculo afetivo, alguns dos estudos incluídos evidenciam os maiores níveis de estresse entre as mães, quando comparado aos pais. São apresentadas relação de aumento do estresse materno com idade gestacional do bebê, peso ao nascer, alimentação por sonda e tempo de duração, idade materna e escolaridade maternas, frequência de visitas à UTIN e ocorrência evento estressante no último ano. Há evidências de que mulheres com gestações múltiplas relatam níveis mais baixos de estresse sobre o estresse geral e no domínio “Alteração no Papel de Mãe/Pai”.

Lester et al (2016) apontaram que o alto envolvimento materno em UTIN relaciona-se com melhor desenvolvimento cognitivo e de linguagem do bebê. Eles afirmam ser muito importante diminuir o sentimento materno de exclusão e aumentar a sensação de participação, promovendo interações entre mãe e bebê.

Para os pais (homens), segundo o estudo D, os domínios “Sons e Imagens” e “Aparência e o Comportamento do bebê” ocasionaram maior estresse, quando comparados com as mães. Ter 30 anos ou mais de idade é um preditor para a diminuição do estresse geral paterno, em todos os domínios da PSS: NICU. Há evidências também de relação de menores idades paternas com aumento de estresse no domínio “Alteração no Papel de Mãe/Pai”.

Por outro lado, no estudo F, ao compararmos características da amostra, os autores não encontraram diferenças estatísticas significativas entre os níveis de estresse materno e paterno. Nesse estudo, as variáveis analisadas foram: idade gestacional, peso ao nascer, planejamento da gravidez, infecção, tipo de ventilação mecânica, procedimentos cirúrgicos, problemas respiratórios e malformações; o que demonstrou a presença de estresse durante a internação do bebê, independente das variáveis.

Diferenças entre níveis de estresse vão sempre ocorrer; as cognições e crenças das mães e pais determinam seus comportamentos, havendo influência de

variáveis sociais, ambientais, comportamentais e de desenvolvimento, no modo como os pais pensam e avaliam. (ABIDIN, 1992).

O estudo J é multicêntrico e objetivou examinar as fontes de estresse parental de RN com idade gestacional média de 32 semanas em duas UTIN, Nova Zelândia e Japão, através de análise quantitativa e qualitativa. Os autores abordaram a relação da alimentação do bebê via sonda ou via oral com o estresse parental, trazendo resultados importantes, associados ao aumento do estresse nos domínios “Alteração no Papel de Mãe/Pai”, “Sons e Imagens” e “Aparência e o Comportamento do Bebê”; correlacionando-os com alimentação do bebê via sonda e o tempo prolongado dessa modalidade de alimentação. Infere-se que o tempo de alimentação por sonda reflete a vulnerabilidade dos bebês, pela prematuridade ou severidade da condição clínica, influenciando diretamente no estresse dos pais em todos os domínios.

Estudo realizado no Brasil, publicado em 2018, avaliou a nutrição enteral de recém-nascidos com idade gestacional média de 32 semanas, internados em unidade de terapia intensiva neonatal. Constatou que a média de início da terapia nutricional enteral foi de 22,4 horas (DP29,8) de internação e o tempo médio para atingir a nutrição enteral plena foi de 9,5 dias (DP3,2). Os autores apresentaram uma correlação positiva ($p < 0,026$) entre o início da terapia nutricional enteral e o tempo de internação na UTIN. (LOPES et al, 2018)

Esses resultados nos remetem a necessidade dos pais em receber as orientações necessárias sobre a alimentação via sonda, podendo diminuir o impacto gerado por esse procedimento.

Os estudos G, H, M, N, O analisaram o impacto de intervenções com alto potencial de diminuição do estresse parental. Foram implementadas as seguintes intervenções, com avaliação da sua influência sobre o estresse parental, mediante a escala PSS:NICU: modelo de atendimento centrado na família e paciente; intervenção de enfermagem, cuidado pele a pele e participação dos pais nos “Rounds multidisciplinares”.

A intervenção que obteve resultados impactantes foi a implementação do Modelo de Cuidado Centrado no Paciente e Família na Unidade Neonatal (FCC). Esse modelo de cuidado é uma abordagem inovadora e internacionalmente utilizada, que amplia o foco do cuidado, incorporando a família como principal fonte de apoio ao bebê, adotando práticas como: compartilhamento de informação; respeito; flexibilidade; autonomia dos pais e acesso irrestrito; participação da família

no planejamento, tomada de decisão e prestação de cuidados; apoio e colaboração Interprofissional com a família.(LEE et al, 2014)

O programa FCC foi aplicado por dois trabalhos(G e H) para promover mudanças na cultura organizacional e a inclusão da família no contexto da UTIN. Foram colocadas em prática algumas alterações no contexto da UTIN, como: permitir visitação de demais familiares aos bebês; permanência dos pais por tempo prolongado ou integral, disponibilizar estrutura adequada para recebê-los na unidade; atendimento individualizado, flexível e acolhimento à família; disponibilidade da equipe em esclarecer eventuais dúvidas dos pais; participação em “Rounds” e grupos de pais.

Vale salientar que existe diferença entre os momentos de aplicação das escalas entre os dois estudos, sendo aplicada, para o estudo G no momento pré-intervenção e três meses após a intervenção; e para o estudo H, no momento da alta para ambos os grupos. Também houve diferença entre a permanência dos pais na UTIN, já que, no estudo sete, os pais tinham acesso 24h e no estudo H, era limitado a oito horas diárias, entre 10:00 e 18:00 horas.

Os dois estudos experimentais, G (Brasil) e H (Inglaterra), que implementam o programa FCC, demonstraram resultados semelhantes quanto à redução de níveis de estresse avaliando o momento pós-intervenção, comparando os pais do grupo intervenção com o controle.O estudo G foi desenvolvido no Brasil, havendo proximidade com nossa cultura e estrutura hospitalar e demonstrou diminuição de estresse após a intervenção, no domínio “Alteração no Papel de Mãe/Pai”, mas ainda mantendo-se em níveis moderadamente estressantes, e relacionou-se com fatores como afastamento do bebê, restrição à manipulação e sentimento de impotência dos pais em ajudá-lo.

Os autores do estudo G citaram os Itens do domínio “Alteração no papel de mãe/pai”: “sentir-se desamparado e incapaz de proteger o meu bebê da dor e de procedimentos dolorosos” e “sentir-se sem condições de ajudar o meu bebê durante esse tempo”, como grandes fontes de estresse materno, tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção. Os autores sugeriram, ainda, que o FCC com duração diária de somente oito horas possa não ter sido suficiente para gerar impacto maior no estresse materno. Nesse sentido, considera-se importante adotar intervenções que incentivem a participação e a presença parental, inclusive no transcurso de procedimentos, caso os pais estejam de acordo.

Finalizando, a intervenção envolvendo o modelo de cuidado centrado no paciente e família na UTIN, adotado pelo estudo H, permitiu o envolvimento das mães e dos pais no cuidado ao bebê de maneira equivalente. Os resultados apresentados evidenciaram não haver discrepâncias no nível de estresse entre os dois gêneros. Mas, os autores informaram, olhando as respostas dos pais do grupo controle, destacaram maior estresse em relação ao domínio “Alteração no papel de mãe/pai”. Assim, recomendaram para os pais de bebês pré-termos suporte de enfermagem específico e intervenções que os capacitem para o cuidado ao seu bebê.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo trouxe uma resposta quanto às causas mais frequentes de estresse encontradas entre os pais de recém-nascidos internados, e proporcionou um panorama geral do uso da PSS:NICU no contexto mundial, embora tenhamos encontrado apenas dois estudos desenvolvidos no Brasil.

O domínio da PSS:NICU, nas versões de 1987 e 1993, que obteve resultado estatisticamente mais significativo se refere a “Alteração no Papel de mãe/pai”. Esse achado nos leva a refletir sobre as práticas de inserção dos pais no cuidado ao recém-nascido internado em terapia intensiva e o quanto a equipe reforça a relevância do convívio com os pais para esses bebês.

Outro ponto relevante emerge da vinculação de maior nível de estresse ao aspecto do recém-nascido. Acredita-se que a maioria dos pais possa criar uma imagem do seu filho, com base em suas expectativas, durante a gestação. O estresse é multifatorial e depende da individualidade, sendo assim, indicadores parentais, como: gênero e idade devem ser considerados para promover a participação dos pais em UTIN.

A internação de um filho é um momento difícil em qualquer contexto, tratando-se de intensivismo neonatal, o impacto sobre os pais, pode ser ainda maior, como sugerem os estudos da amostra. A equipe de enfermagem, consciente desta problemática, ao antecipar os possíveis estressores à luz da PSS:NICU, poderia contribuir para promover a tranquilidade dos pais e a sua participação na recuperação do bebê.

O contato pele a pele foi uma das intervenções adotadas em estudo experimental da amostra e é uma prática recomendada pelo Ministério de Saúde, incluída no Método Canguru. Tendo em vista os resultados apresentados remetendo ao aumento do estresse em função da intervenção, recomenda-se, o seguimento do estresse parental na aplicação do método; uma vez que, pouco se sabe sobre o efeito desse método sobre as condições emocionais dos pais.

Conclui-se, afirmando ser necessário o desenvolvimento, no Brasil, de novas pesquisas quanto ao estresse parental, avaliado com a PSS:NICU. Estudos que avaliam intervenção mediante ensaios clínicos com randomização trazem segurança, evidências consistentes e geram resultados com alto impacto.

REFERENCIAS

ABDEL-LATIF, Mohamed et al. **Parental presence on neonatal intensive care unit clinical bedside rounds: randomized trial and focus group discussion.** British Medical Journal, Adelaide, v. 100, n. 3, p.203-209, 23 fev. 2015. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2014-306724>

ABIDIN, R. R. (1992). **The determinants of parenting behavior.** Journal of Clinical Child Psychology, 21, 407-412. Doi: 10.1207/s15374424jccp2104_12

Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. **NBR 6023:2002 - Informação e documentação - Referências - Elaboração.** Disponível em: <https://guiadamonografia.com.br/wp-content/uploads/2017/05/Norma-ABNT-6023-Referencias.pdf> Acesso em: 25 jun. 2018.

BAÍA, Inês et al. **Parenting very preterm infants and stress in Neonatal Intensive Care Units.** EarlyHumanDevelopment, Porto, v. 101, n. 2016, p.3-9, 19 abr. 2016.

BALBINO, Flávia Simphronio; BALIEIRO, Maria Magda Ferreira Gomes; MANDETTA, Myriam Aparecida. **Measurement of Family-centered care perception and parental stress in a neonatal unit.** Revista Latino-americana de Enfermagem, São Paulo, v. 24, p.2753-2762, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0710.2753>.

BERNARDO, Giuseppe et al. **Supporting parents in taking care of their infants admitted to a neonatal intensive care unit: a prospective cohort pilot study.** Italian Journal of Pediatrics, Napoli, v. 43, n. 1, p.36-43, 17 abr. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s13052-017-0352-1>

BRASIL. Fundação Capes. Ministério da Educação. **Plataforma Sucupira.** Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/index.xhtml>. Acesso em: 01 out. 2018.

BRASIL, Ministério da Justiça dos Direitos Autorais. **Lei 9.610 de 19 de fevereiro de 1998.** Disponível em: <http://www.desenvolvimento.gov.br> Acesso em 25 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 930 de 10 DE MAIO de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html Acesso em 4 nov. 2017.

BRITO Ariane de FARO, André. **Estresse parental: revisão sistemática de estudos empíricos.** Psicologia em Pesquisa. Juiz de Fora, 10:1, p. 64-75, jun. 2016.

BUSSE, M. et al. **Parents' Responses to Stress in the Neonatal Intensive Care Unit.** *Critical Care Nurse*, Seattle, v. 33, n. 4, p.52-59, 1 ago. 2013. AACN Publishing. <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2013715>.

CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio; BURNS, Dennis Alexander Rabelo; LOPEZ, FabioAncona. **Tratado de Pediatria.** 3. Ed. São Paulo: Manole Ltda., 2014. 2 v.

COOPER, H.M. **Scientific guidelines for conducting integrative research reviews.** *RevEduc Res.* 1982;52(2):291-302.

COSTENARO, Regina Gema Santini; CORREA, Darci Aparecida Martins; ICHISATO, Sueli MutsumiTsukuda. **Cuidados de Enfermagem em Neonatologia.** Porto Alegre: Moriá Editora, 2017. 615 p.

CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. **Integrative review of nursing research: scientific rigor required.** *Rev. GaúchaEnferm.*, Porto Alegre , v. 33, n. 2, p. 12-13, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000200003>.

D'SOUZA, Sonia RosalineBlanch et al. **Relationship between stress, coping and nursing support of parents of preterm infants admitted to tertiary level neonatal intensive care units of Karnataka, India: A cross-sectional survey.** *Journal of Neonatal Nursing*, Manipal, v. 15, n. 5, p.152-158, out. 2009. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.inn.2009.07.003>.

DUDEK-SHRIBER, Linda. **Parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics.** *The American Journal of Occupational Therapy.* Buffalo, p. 509-520. Out. 2004.

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. **Estresse: revisão narrativa da evolução conceitual, perspectivas teóricas e metodológicas.** *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, 14(1), p. 78-100, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 agosto 2017

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. **Medidas do estresse: uma revisão narrativa.** *Psic., Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 101-124, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100007&lng=pt&nrm=ISO>. Acesso em 23 nov. 2017.

GALVÃO, CM. **Níveis de evidencia.** *Acta Paul Enferm.* 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/en_a01v19n2.pdf. doi:10.1590/S0103-21002006000200001.

GIRALDO, Dora Isabel et al. **Stress and Related Factors in Parents With Children in Neonatal Intensive Care Unit.** *HorizEnferm*, Medellín, v. 22, n. 13, p.13-22, 23 mar. 2012.

ICHIJIMA, Emiko; KIRK, Ray; HORNBLOW, Andrew. **Parental Support in Neonatal Intensive Care Units: A Cross-Cultural Comparison between New Zealand and Japan.** Journal of Pediatric Nursing, Christchurch, Tokyo, v. 26, n. 3, p.206-215, jun. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2009.10.003>.

KLAUS, M.H., KENNEL, J.H, FANAROFF, J.M. **Cuidado dos pais. In: FANAROFF, A.A. Klaus e Fanaroff: Alto risco em neonatologia.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.197-218.

LEE L.A. et al. **Improving family-centered care practices in the NICU.** Neonatal Network.2014;33(3):125-32.

LESTER B.M., *et al.* **18-Month follow-up of infants cared for in a single-family room neonatal intensive care unit.** J. Pediatr., 177 (2016), pp. 84-89. Disponível em: <https://ac-els-cdn.ez45.periodicos.capes.gov.br/S002234761630498X/1-s2.0-S002234761630498X-main.pdf?_tid=a620510b-8c47-4242-882c-59d01991d34e&acdnat=1543447935_f00bf2cadf98fef5bfde6e8c5559e670>. Acesso em: 10 out. 2018.

LOPES, Camila de Castro et al. **Enteral nutrition practices in preterm infants in the neonatal unit of a public maternity ward.** O Mundo da Saúde. São Paulo, p. 696-709, 2018. Disponível em: <<http://www.revistamundodasaude.com.br/uploads/20170120.PDF>>. Acesso em: 20 set. 2018.

OLIVEIRA, Kézia de et al. **Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal.** Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 46-53, Mar.2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Out. 2017.

MAIA, Júlia Martins Azevedo; SILVA, Larissa Barbas da; FERRARI, Evelyn de Andrade Santiago. **A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem.** Revista Enfermagem Contemporânea, Bahia, 3(2), p.154-164, dez. 2014.

MILES, M.S. **Parental Stress Scale: neonatal intensivecareunit.** Self-reported format. CarringtonHall: University of North Carolina, 1987.

MILES, M.S.; FUNK, S. G.; CARLSON, J. **Parental Stressor Scale: neonatal intensive care unit.** Nursing research, v. 42, n. 3, p. 148-152, 1993.

MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, DG. **Preferred reporting items for systematic reviews and meta- analyses: the PRISMA statement.** Int J Surg. [Internet] 2010 [cited February 4, 2001];8(5):336-41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2714657/>. Doi 10.1136/bmj.b2535.

MONTIROSSO, Rosario et al. **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, Lecco, v. 51, n. 2014, p.994-1002, 03 Nov. 2014.

PALMA, Elisa et al. **Estrésen padres de recién nacidos hospitalizados en una unidad de paciente crítico neonatal.** Revista Chilena de Pediatría, Santiago, v. 88, n. 3, p.332-339, jun. 2017. SciELO Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). <http://dx.doi.org/10.4067/s0370-41062017000300004>.

PARK, H., WALTON-MOSS, B. (2012). **Parenting style, parenting stress and children's health related behaviors.** Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 33, 495-503. Doi: 10.1097/DBP.0b013e318258bdb8

POLIT D.F., BECK C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SAMRA, Haifa et al. **Effect of Skin-to-Skin Holding on Stress in Mothers of Late-Preterm Infants.** Advances In Neonatal Care, Sioux Falls, v. 15, n. 5, p.354-364, out. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/anc.0000000000000223>.

SCIMAGO, (n.d.). SJR — **SCImago Journal & Country Rank [Portal]**. Retrieved Date you Retrieve, from <http://www-scimagojr.ez45.periodicos.capes.gov.br>

SKREDEN, M. et al. **Parenting stress and emotional wellbeing in mothers and fathers of preschool children.** Scand Journal of Public Health, 40, 596-604. 2012 doi: 10.1177/140349481246034

SOARES CB, et al. **Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem.** Rev Esc Enferm USP 2014; 48(2):335-4

SOUZA, R. T. et al. **The burden of provider-initiated preterm birth and associated factors: evidence from the Brazilian multicenter study on preterm birth (EMIP).** PlosOne, v. 11, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743970/>> Acesso em: 4 Set. 2017.

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

SOUZA, S. de; DUPAS, G.; BALIEIRO, M. M. F. G. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU).** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 171-176, 2012.

STÜBE, Mariléia et al. **Níveis de estresse de pais de recém-nascidos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Ijuí, v. 19, p.3254-3261, 26 mar. 2018. Rev. Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2018193254>.

SWEET, Linda; MANNIX, Trudi. **Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit.** Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing, Adelaide, v. 15, n. 2, p.8-16, 01 Jul. 2012.

TURAN, Türkan; BASBAKKAL, Zümrüt; ÖZBEK, Senay. **Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit.** Journal of Clinical Nursing, Denizli, v. 17, n. 21, p.2856-2866, Nov. 2008. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x>.

TURNER, Melanie et al. **The assessment of parental stress and support in the neonatal intensive care unit using the Parent Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit.** WomanAndBirth, Adelaide, v. 28, n. 2015, p.252-258, 15 abr. 2015.

URSI, ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura.** [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

WEB OF SCIENCE (Estados Unidos) (Comp.). **Web Of Science.** Disponível em: <https://jcr-incites-thomsonreuters.ez45.periodicos.capes.gov.br/JCRLandingPageAction.action?Init=Yes&SrcApp=IC2LS&SID=H3-TUFyZm714KWTjpnTGUwGaYvsYxxNeeNB9-18x2djcx8VIGb4CglLyGpmx2Fh9wgx3Dx3D4cV1Eel31Or8l2dLcW4ZvAx3Dx3D-iyiHxxh55B2RtQWBj2LEuawx3Dx3D-1iOubBm4x2FSwJjKtx2F7IAaQx3Dx3D>. Acesso em: 01 out. 2018.

WHITE, RD. **The newborn intensive care unit environment of care: how we got here, where we're headed, and why.** Seminars in Perinatology. Elsevier Inc.; 2011, Vol.35(1): 2-7. Disponível em: https://ac.els-cdn.com/S0146000510001448/1-s2.0-S0146000510001448-main.pdf?_tid=9ec5f4ce-ebe9-11e7-aa8c0000aabb0f27&acdnat=1514477608_1376dae7e88b9704dadb114d0f7e9c9b. Acesso em: 28 Out. 2017.

APÊNDICE A - instrumento para coleta de dados (validado por Ursi 2005)

A. Identificação	
Título do artigo	
Título do periódico	
Qualis da revista	
Autores	
País	
Idioma	
Ano de publicação	
B. Área de publicação	
Publicação de enfermagem	
Publicação multidisciplinar	
C. Características metodológicas do estudo	
1. Tipo de publicação	<input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa
2. Objetivo	
3. Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica (SORTEIO) <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra 3.2 Tamanho (n) Inicial e final Mães <input type="checkbox"/> Pais <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> 3.3 Características Idade: 3.4 Idade Gestacional do RN: 3.5 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos
4. Instrumento de coleta de dados	
5. Escalas utilizadas	
6. Uso da escala PSS:NICU	
7. Intervenções realizadas	5.1 Variável independente (para estudo COORTE OU INTERVENÇÃO) 5.2 Variável dependente 5.3 Grupo controle: sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 5.5 Duração da intervenção: 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção
8. Resultados	
9. Análise	7.1 Tratamento estatístico 7.2 Nível de significância
10. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 8.2 Quais são as recomendações dos autores
Clareza na identificação da trajetória metodológica	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____
Identificação de limitações ou vieses	

ANEXO 1 - Escala para avaliar estresse de pais na unidade de terapia intensiva neonatal/PSS:NICU

FONTE: SOUZA, 2009

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

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

Instruções de preenchimento

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

- 1 = Não foi estressante: a experiência de ter meu bebê na UTI neonatal não me perturbou, não me fez ficar tensa(o) nem ansiosa(o).
- 2 = Um pouco estressante.
- 3 = Moderadamente estressante.
- 4 = Muito estressante.
- 5 = Extremamente estressante: a experiência de ter meu bebê na UTI neonatal me perturbou e causou muita ansiedade e tensão.

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

Exemplo:

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

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

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

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

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

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

Comece agora:

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

SONS E IMAGENS

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

Nível de estresse

1-não estressante
4 -muito estressante

2- um pouco estressante
5- extremamente estressante

3- moderadamente estressante
NA - não se aplica

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

APARÊNCIA E O COMPORTAMENTO DO BEBÊ

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

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

ALTERAÇÃO NO PAPEL DE MÃE/PAI

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

Nível de estresse

1- não estressante
4- muito estressante

2- um pouco estressante
5- extremamente estressante

3- moderadamente estressante
NA - não se aplica

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

ANEXO 2- Parecer de aprovação da COMPESQ

Sistema Pesquisa - Pesquisador x

https://www1.ufrgs.br/PortalServidor/Pesquisa/Pesquisador/forms/form_index.php

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Eliane Norma Wagner Mendes

UFRGS

Dados Gerais:

Projeto Nº:	35551	Título:	ESTRESSE DE PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM UTI NEONATAL		
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	Início:	28/06/2018	Previsão de conclusão:	20/12/2018
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto Isolado			
Local de Realização:	não informado				

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

O estudo tem como objetivo identificar, mediante uma revisão integrativa, as causas mais frequentes de estresse encontradas entre os pais de recém-nascidos internados em terapia intensiva com a aplicação da escala PSS-NICU.

Palavras Chave:

ESTRESSE PSICOLÓGICO
PAIS
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Equipe UFRGS:

Nome: ELIANE NORMA WAGNER MENDES
Coordenador - Início: 28/06/2018 Previsão de término: 20/12/2018
Nome: ANA LUIZA PEREZ OLIVE DIAS
Técnico: Outra Função - Início: 28/06/2018 Previsão de término: 20/12/2018

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 17/07/2018 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 25/06/2018
Instrumento de Coleta de Dados	Data de Envio: 25/06/2018
Outro	Data de Envio: 29/06/2018

17:39
09/11/2018